

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/o
Diabetes Mellitus, no Centro de Saúde Buritis, Boa Vista/RR**

Dayana Marrero Escobedo

Pelotas, 2015

Dayana Marrero Escobedo

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/o
Diabetes Mellitus, no Centro de Saúde Buritis, Boa Vista/RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Elitiele Ortiz dos Santos.

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

E74m Escobedo, Dayana Marrero

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/o Diabetes Mellitus, no Centro de Saúde Buritis, Boa Vista/RR / Dayana Marrero Escobedo; Elitiele Ortiz dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Elitiele Ortiz dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a meus pais que sempre me incentivaram a um futuro intelectual e de superação pessoal. A meus filhos que são o motor impulsor da minha vida e a força que me impulsa a ser cada dia melhor.

Agradecimentos

Agradeço a meus orientadores por todo seu apoio, ajuda e tantas horas de dedicação.

A todos meus colegas e amigos pela força nos momentos de debilidade.

Resumo

ESCOBEDO, Dayana Marrero. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/o Diabetes Mellitus, no Centro de Saúde Buritis, Boa Vista/RR**. 2015, 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus são agravos que causam um importante número de óbitos no mundo inteiro, por isso é necessária uma abordagem qualificada a esses usuários. Este trabalho trata-se da implementação de uma intervenção cujo objetivo foi para melhorar a atenção em saúde prestada aos usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência da Equipe de Estratégia da Família 2.8, da Unidade de Saúde de Buritis, Boa Vista/RR. A cobertura que tínhamos antes de iniciar a intervenção estava muito abaixo da estimativa do Ministério da Saúde, 60% dos usuários com hipertensão arterial e 58% no caso dos que apresentavam diabetes mellitus pertencentes da área de abrangência eram acompanhados, os mesmos tinham pouca adesão ao tratamento e precisavam estar inseridos em atividade de educação em saúde, os registros antes da intervenção estavam desatualizados e este fato não permitia o adequado acompanhamento dos mesmos. A intervenção aconteceu no período de abril a junho de 2015, totalizando 12 semanas, e continua fazendo parte das ações da UBS. Foram realizadas ações em quatro eixos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para monitorar as ações desenvolvidas durante esse período utilizamos a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. Temos como estimativa para a área 573 usuários hipertensos e de 164 usuários com diabetes mellitus. Com a intervenção conseguimos realizar o cadastramento de 435 usuários com hipertensão arterial sistêmica que corresponde a 79,5% e 131 diabéticos, ou seja, 79,9% de cobertura. Os atendimentos clínicos foram realizados com ótima qualidade, com a estratificação de risco cardiovascular e orientação nutricional, sobre a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e a higiene bucal. Foi realizado a busca ativa de todos os faltosos e o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para usuários hipertensos e diabéticos. Foram atualizados os registros das informações e promovida a saúde dos usuários através de ações de promoção de saúde. Com relação aos exames complementares, 70,1% usuários com HAS e 70,2% de usuários com diabetes realizaram exames complementares em dia. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular, 424 (97,5%) hipertensos, 131 (96,2%) diabéticos estavam recebendo esses medicamentos. Conclui-se que a realização da intervenção proporcionou a melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área. A intervenção já está incorporada a rotina do serviço.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Programa de hipertensão e diabetes; Saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Cronograma da Intervenção.	
Figura 2	ACS organizando os registros dos usuários cadastrados na intervenção.	45
Figura 3	Atividade educativa de prevenção a HAS e DM antes de começar o atendimento clínico.	45
Figura 4	Atividade com o grupo operativo na praça da comunidade.	47
Figura 5	Visita domiciliar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.	48
Figura 6	Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR. 2015.	52
Figura 7	Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR. 2015.	52
Figura 8	Gráfico de proporção hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR, 2015.	54
Figura 9	Gráfico de proporção diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR, 2015.	55
Figura 10	Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia. UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR. 2015.	56
Figura 11	Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia. UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR. 2015.	57
Figura 12	Atividade educativa na praça da comunidade.	62
Figura 13	Capacitação da equipe.	64
Figura 14	Atendimento clínico.	64
Figura 15	Atividade com o grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos na sala de palestras da UBS.	66
Figura 16	ACS organizando as suas atividades.	68

Figura 17	Atividade na UBS em comemoração ao “dia do usuário hipertenso e do usuário diabético”.	68
-----------	--	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário de Saúde.
APS -	Atenção Primária de Saúde.
CS -	Centro de Saúde.
DM-	Diabetes Mellitus.
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
FE-	Ficha espelho.
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PMM-	Programa Mais Médicos.
PS -	Pronto Socorro.
RE -	Registro Específico.
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS -	Sistema Único de Saúde.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UFPEL-	Universidade Federal de Pelotas.
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento.
UNAUS-	Universidade aberta do SUS.

Sumário

Apresentação.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS:.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2.1. Justificativa.....	22
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores.....	32
2.3.3. Logística.....	39
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	50
4.1 Resultados	51
4.2 Discussão	62
5 Relatório para o gestor.....	70
6 Relatório para a comunidade.....	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referências.....	80
Anexos.....	81

Apresentação

O presente volume trata de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), executado pela Equipe de Saúde da Família 2.8 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Buritis, do município de Boa Vista, no estado de Roraima. O mesmo está composto por sete capítulos sequenciais: Análise Situacional; Análise Estratégica; Relatório da Intervenção; Avaliação da Intervenção; Relatório da Intervenção para Gestores; Relatório da Intervenção para a comunidade; e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

O primeiro capítulo está a análise situacional que permitiu uma aproximação e apropriação do cenário no qual foi desenvolvido a intervenção, suas características gerais e específicas. O segundo tópico é a análise estratégica na qual projeta-se a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro item, o relatório da intervenção apresenta o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades enfrentadas na realização da mesma, e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade Básica de Saúde. O quarto item, Avaliação da Intervenção, descreve os resultados e os discute detalhadamente, além de uma discussão abordando aspectos diversos como os impactos da intervenção para a equipe, para o serviço e para a comunidade. Ao final, está o relatório da intervenção, direcionados aos gestores e à comunidade respectivamente, e pôr fim a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

1. Analises situacional:

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS:

Eu sou cubana e desde minha chegada ao Brasil estou trabalhando na zona norte do país na cidade de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, na unidade básica de saúde (UBS) de Buritis. Considero que a estratégia de saúde da família, é um programa muito importante para todo o Brasil em especial para zonas rurais deste país. Minha equipe está formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS) além da medica. Tanto a enfermeira e técnica de enfermagem como as ACS são pessoas que gostam muito do seu trabalho e conhecem todo os processos de acolhimentos e acompanhamentos dos usuários o qual tem me ajudado muito e favorece nosso trabalho em equipe.

Estruturalmente na UBS, tem boas condições, posso dizer que é grande em espaço, estruturalmente similar a outras UBS da área. Tem os serviços básicos para oferecer atendimento, uma sala amplia para recepção dos usuários, uma pequena farmácia que além de não ter a quantidade suficiente de medicamentos que precisa; conforme as necessidades da população, oferece o que tem com boa qualidade. Não realiza exames laboratoriais, mas são realizados testes rápidos serológicos de HIV, VDRL E HEPATITIS. Tem uma consulta para cada uno dos médicos e enfermeiras das duas equipes de estratégia de saúde da família (ESF), sala de curativos, preventivos, vacinação, sala de triagem, dois consultórios odontológicos, e área administrativa.

Contamos com a quantidade de documentos necessários para realizar nosso trabalho, tales como receituários para indicar exames, atestados médicos, folhas para encaminhamentos, entre outros. Contamos com quatro ESF. Temos boa iluminação e ventilação nas consultas assim como climatização em cada uma de elas. Foi cadastrada a população, onde os principais problemas encontrados são as agravos e agravos não transmissíveis (DANT). Mas, ainda existe uma parte da população que não foi cadastrada.

Acho que temos diversas dificuldades que afeitam um pouco o desempenho de nosso trabalho já que não temos condições para atender uma emergência sim se apresentasse dentro da UBS, já que não contamos com medicamentos de urgência e emergência dentro do local. Nestes momentos nossa equipe e nossa UBS, estão conseguindo mudar muitas realidades que dificultam o bom atendimento dos usuários de saúde e embora ainda falta muito caminho por recorrer, já temos resultados positivos, já que temos logrado ver ao indivíduo como um todo, inserido em sua comunidade, com um enfoque epidemiológico de suas agravos, valorando os principais fatores de risco, mudando modos e estilos de vida, por exemplo em usuários com hipertensão arterial sistêmica(HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) com a indicação de dietas saudáveis, a realização de exercícios, estes tão importantes como o próprio tratamento farmacológico, estamos logrando a assistência a consultas das grávidas, algumas de elas com seus parceiros e a assistência das crianças e dos idosos. Temos logrado involucrar à comunidade em ações de saúde coletivas com resultados satisfatórios, também estamos trabalhando com grupos de riscos como grávidas e idosos.

Acredito que com nosso passo embora lento, mas firme, lograremos um ótimo engajamento público baseado nos princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade social, onde a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, acho que também lograremos engajar a nossos médicos e outros profissionais, os gestores como um eslabo fundamental e a população toda, colocando em pratica a educação em saúde como a concepção a seguir para lograr a participação e controle social e a criação de espaços de encontros entre governo e sociedade civil, ampliando desta forma o significado dos direitos cidadãos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Boa Vista é a capital do estado de Roraima que se localiza na região Norte do país, nele residem 408.702 habitantes. Esse município apesar de muito carente é responsável por receber a maioria dos usuários dos municípios do interior do estado, a população indígena e uma parcela significativa de usuários vindos da Venezuela e Guiana Inglesa.

Essa sobrecarga de usuários dificulta o trabalho nas unidades de saúde e até mesmo nas unidades hospitalar do estado; Hospital geral de Roraima e Hospital da criança Santo Antônio. O hospital geral de Roraima e o Hospital de referência do estado, e sempre se apresenta com superlotação, muitas pessoas não conseguem atendimentos e faltam leitos de internação. Não existe um vínculo entre as unidades de saúde e o Hospital, assim se uma pessoa é atendida na UBS e necessita de internação, a unidade aciona o SAMU e este transporta o usuário até o Hospital, onde ele irá para triagem e classificação e após isso, é alocado em uma fila até o atendimento, esse processo demora muitas vezes mais de quatro horas.

O município administra a atenção básica de saúde, existem 33 unidades básicas de saúde, e 55 equipes de saúde da família que se distribuem por todo o município para o melhor atendimento da população, temos também um NASF em funcionamento. Já em relação ao centro odontológico existem poucas unidades, na unidade do Buritis na qual eu laboro tem esse serviço disponibilizado, e os usuários são atendidos na própria UBS todos os dias da semana nos dois turnos de atendimento. Os usuários contam com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tanto do governo municipal como estadual. Os usuários são referendados para os CEOs nas especialidades de Prótese Dentária, Periodontia, Odontopediatria, Cirurgia, Endodontia, Ortodontia, Radiologia e Estomatologia. Depois de concluído o tratamento específico, o Cirurgião Dentista contra referência o usuário para a conclusão do seu tratamento, o qual é feito na UBS.

Descrevendo a Unidade básica de saúde do Buritis a que pertenço, é uma unidade urbana e se situa em um bairro central do município com uma população com um poder aquisitivo baixo a moderado, tem modelo ESF, e tem vínculo com todas as unidades de ensino que encontrasse na área. Se compõem de 2

equipes: eu faço parte da equipe 2.8 composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde.

A estrutura física da unidade básica do Buritis de forma geral: é ampla e foi construída como modelo de UBS, habilitada para receber a população. E forrada e murada tem a varanda coberta é os usuários aguardam (em espera) o atendimento no corredor, o local é quente e as reclamações são muitas. A sala geral é grande tem capacidade aproximada para 30 pessoas, o agendamento das consultas é feito na recepção. Contamos com sala de triagem e diretoria, temos uma dispensa pequena, uma sala de vacina, curativos, preventivo, dois consultórios odontológicos, quatro consultórios médicos assim como uma sala para cada um dos ESF, além do local da assistente social e outra consulta que é utilizada pela ginecologista ou pediatra já que contamos com estas especialidades dentro da UBS. Existe um banheiro de uso da população e outro para funcionários, a farmácia e uma copa. A parte das consultas e a direção da unidade assim como a farmácia e as salas dos ESF encontram-se climatizadas. No entanto no resto da unidade não contamos com essa vantagem tendo em vista a característica do estado com clima equatorial e temperaturas que ascendem os 42 graus de temperatura isto é motivo de desconforto, a população não aceita permanecer no calor. Como descrito, é realmente um cenário amplo para trabalhar com a população, contamos com uma sala destinada as reuniões e palestras. A equipe em geral da unidade do Buritis tenta viabilizar sempre um melhor atendimento à população, assim temos horários separados de atendimento, para que se possa fornecer dentro do possível um maior conforto a população.

Os profissionais de saúde da UBS do Buritis têm o engajamento público, que de acordo com o exposto anteriormente é primordial para o bom funcionamento de qualquer serviço e unidade. Todos os funcionários trabalham em conjunto, exercem suas atividades adequadamente, em um grande interesse em resolver problemas, de forma que em nível de atenção básica temos uma boa resolutividade de problemas, em detrimento da falta de recursos e estrutura local. A direção da unidade é muito bem exercida e este é um ponto forte da unidade, pois cria um grande vínculo entre os funcionários do setor. Os agentes de saúde estão sempre dispostos a ajudar, e são o maior vínculo com a população, tendo em vista que eles indicam as famílias que necessitam de um maior auxílio, e que

necessitam de visitas domiciliares. A unidade realiza visitas quase todos os dias da semana, pois existe a comunicação por telefone da população com a unidade que solicita as visitas por vezes em caráter de urgência.

A adstrição de clientela é um ponto forte do programa de saúde da família, e a partir dele se consegue planejar as ações em saúde a serem realizadas, bem como a implementação dos programas. A continuidade do cuidado e a universalidade do atendimento também são muito importantes, já que esses são pontos chave das diretrizes do SUS. Na unidade do Buritis e mais especificamente na equipe 2.8 na qual trabalho, atendemos um total aproximado de 3219 pessoas, o cadastro de pessoas é realizado por famílias e não por pessoa, por isso é muito difícil estimar quantas pessoas exatamente tem por sexo e faixa etária. Além disso, esta unidade tem uma característica peculiar de receber muitas pessoas de outros bairros e até mesmo municípios. O fato de receber muitas pessoas fora de área dificulta o trabalho da equipe e dificulta a implantação correta de alguns programas do ministério da saúde, não contamos na UBS com um médico para realizar atendimento fora da área de abrangência, por isso, os médicos atendemos diariamente usuários fora de área.

Com relação ao perfil demográfico, como já citado, não existe um registro por pessoa, somente por famílias, então nem todos os dados podem ser obtidos. Aproximadamente existe a mesma quantidade de homens e mulheres, 138 pessoas acima de 60 anos (78%), temos 428 mulheres entre 25 e 64 anos para um 62% em relação ao estimado pelo MS, são alguém dos dados que consegui obter. Grande parte da população da área realiza acompanhamento em serviços particulares, estimamos que mais de 30% dos atendimentos são realizados para usuários fora de área. Os ACS da unidade estão realizando uma atualização dos dados e do perfil demográfico da população.

Traçando um paralelo entre a literatura sobre a implementação do programa de saúde da família, diretrizes do SUS e a vivência nas Unidades de saúde, é notável um conflito de ideias, pois o programa de saúde da família prioriza a realização da territorialização, a adstrição de clientela, no meu entendimento vejo isso como um ponto positivo, pois temos um número exato de famílias a que temos que nos remeter, realizar busca ativa e implementar os programas, ao mesmo tempo os usuários não se detêm as suas unidades de saúde, eles querem ser atendidos em outras unidades fora da sua área adstrita. O motivo pelo qual a

população faz isso é o fato de muitas áreas estarem descobertas, ou falta de médicos, enfermeiros, ou mesmo por não gostarem do atendimento que recebem nas suas UBS, ou por algumas unidades serem mais cheias que as outras, enfim são inúmeros motivos.

Ainda caracterizando a população da unidade do Buritis, os usuários têm uma pratica antiga de um número excessivo de encaminhamentos, e também de um atendimento rápido, por isso grande parte dos dias de atendimento é geral. Hoje para nós há um grande desafio de conseguir educar a população ao respeito já que eu não concordo com este tipo de atendimento médico, acredito que só devemos encaminhar o usuário quando não conseguimos resolver a situação do seu estado de saúde, além disso, e o atendimento não pode ser rápido já que cada indivíduo tem que ser avaliado de forma integral, o qual toma tempo. Dentro do exposto é difícil modificar hábitos da população e neste ponto existe uma dificuldade na realização do trabalho médico já que iniciar mudanças as vezes provoca incompreensões de muitos usuários e consequentemente desconforto. Um elemento negativo o constitui o fato de que são agendados há 1 mês 16 usuários para cada medico e para cada turno de trabalho não deixando lugar para demanda espontânea só para 4 urgências caso de se apresentar. Os nossos gestores nos informam que a decisão foi tomada de acordo a um estudo feito pelas pessoas da secretaria do município Boa Vista que conclui que cada medico(a) precisa de só 15 minutos para realizar o atendimento de cada usuário, isto constitui um dos maiores erros da atenção básica (AB) no município, já que faz se-perder a essência da medicina preventiva, acredito que resulta impossível para qualquer medico, realizar anamneses, examinar, tomar conduta medica e educar ao usuário com relação a seu estado de saúde, todos estes elementos formam parte da carta dos direitos dos usuários em saúde e no momento não estão sendo cumpridos em nosso município por determinação dos nossos gestores.

Muito do exposto acima já caracteriza a demanda espontânea, é difícil trabalhar com um número acima de pessoas além do previsto, até porque a unidade de saúde não tem como acolher um excesso de pessoas. É notório que muitos usuários fora de área frequentam a unidade simplesmente pela facilidade do atendimento, é respeitado a universalidade do atendimento e por isso a unidade é muito sobrecarregada. Deve-se tentar estimular o vínculo entre a

unidade de saúde de cada bairro com a sua população para que exista uma maior adstrição de clientela e um bom funcionamento dos programas de saúde da família.

A puericultura é uma medida de extrema importância a saúde pois a partir dessa estratégia construímos os vínculos com a criança e a família junto a UBS, podemos iniciar a saúde do adolescente e até mesmo estreitar o vínculo com a saúde na escola. Uma puericultura de qualidade garante a criança um bom crescimento biopsicossocial, além de incluir a prevenção de agravos através da vacinação. Na UBS do Buritis, existe uma pediatra que não faz a puericultura, só brinda atendimento para as crianças encaminhadas pelos médicos, quando acreditam que as crianças precisam de este tipo de atendimento, então o contato do clínico com a puericultura é amplo, existe um dia específico para o atendimento, porém quando é realizada, é preenchido de forma coerente o cartão da criança e o prontuário médico, que são as maneiras de estimar a quantidade de crianças vinculadas a UBS.

Pela estimativa do ministério da saúde em uma área com 3219 pessoas, como o caso da UBS do Buritis, deveríamos ter 67 pessoas menores de 1 ano, porém a média do ESF baseada em prontuários médicos e nos mapas de atendimento é de 39 crianças menores de um ano. Que representaria 58% de cobertura, de acordo ao estimado pelo MS segundo o caderno de ações programáticas (CAP). Contamos com protocolo de atendimento do ano 2013 e temos estratificação de risco na puericultura, e o atendimento é feito tanto em demanda agendada como em demanda espontânea caso de situações agudas de saúde. Uma grande falha nesta unidade é que não ofertamos uma conjuntura de saúde mental, ou grupo de apoio à criança, e o aleitamento materno é discutido primordialmente durante o pré-natal e puerpério. Através das leituras realizadas dos cadernos de atenção básica, é intensificado a necessidade de a família ser melhor abordada durante a puericultura e que o crescimento e desenvolvimento devem ser minuciosamente estudados afim de garantir uma boa saúde infantil, além disso deve tentar estimular a saúde mental que também é deficiente nesta unidade. Iniciar a criação de grupos de saúde a criança e aleitamento materno podem ser formas de melhorar a assistência à criança nesta unidade. Além disso um grupo de apoio a nutrição infantil é de importante valia.

Com relação ao pré-natal, este programa tem um dia específico para atendimento individualizado, porém existe um protocolo de ação programática realizado em cima destes atendimentos. É tentado fornecer a gestante exatamente o que o ministério da saúde preconiza, mas em ocasiões cada profissional traça a sua conduta. Temos em minha ESF um grupo de apoio a gestantes e suas famílias, para realizar este trabalho utilizamos a sala de palestras, a igreja e outros espaços da comunidade para desenvolver estas atividades grupais. Em nossa área de abrangência de um total de 48 gestantes estimadas pelo MS, só contamos com 27 cadastradas e acompanhadas o que representa 56% conforme ao estimado pelo MS. É preciso ressaltar que na UBS existe um bom vínculo com a gestante e a unidade de saúde, devido ao engajamento dos profissionais em acolher bem a gestante. Em todas as consultas é solicitado que a mesma traga um acompanhante para participar das consultas, principalmente se a gestante é adolescente e já temos conseguido em vários casos que acudam a consultas e as atividades grupais com seus parceiros. O cartão do pré-natal é sempre preenchido, e na maioria dos casos é obtido êxito nos atendimentos. Quando a detecção de qualquer fator que indique risco a gestação, essa gestante é devidamente referenciada ao alto risco. Após toda a análise realizada, avaliando o processo de trabalho, percebo que existe um atraso do início do pré-natal na unidade do Buritis, uma parte das gestantes (15%) iniciam o pré-natal ao fim do primeiro trimestre, o que prejudica a realização do número total de consultas e a detecção pré-coze de fatores e risco na gravidez. Tendo em vista, que o objetivo principal é o rastreamento de agravos e visar a boa saúde da gestante e do seu feto, é necessário iniciar precocemente o pré-natal e criar um bom vínculo entre a gestante, sua família e a unidade de saúde. Além disso é necessário criar um arquivo ou ficha específica para guardar o atendimento das gestantes e facilitar o acesso e registro de dados, o qual seja indicado pelos nossos gestores já que acredito não é suficiente com os livros da equipe.

Em relação a saúde da Mulher, na Unidade básica de saúde do Buritis é ofertado a população atendimento à mulher todos os dias, e em todas as consultas é preconizado a realização dos exames que são inerentes a idade e as comorbidades do usuário, bem como é realizado as medidas de prevenção de câncer de colo de útero e mama segundo os protocolos do ano 2012. Além destas

atividades serem realizadas, não existe uma ficha específica destinada a este tipo de atendimento, só o livro específico da minha equipe o qual mesmo que tem elementos e informações valiosas com relação ao câncer de colo de útero e mama não é suficiente para ter registros adequados de estes programas e conseguir realizar o acompanhamento que as usuárias merecem. Essa falta de registros de atendimento dificulta muitas vezes a criação de dados e dificulta um acompanhamento vigoroso das mesmas. Em nossa área de abrangência temos cadastradas 425 mulheres entre 25-64 anos de idade de 686 estimadas pelo MS o que determina um 62% segundo o CAP. Com relação ao programa de câncer de mama contamos com o cadastro de 71 mulheres entre 50-69 anos de idade de um total de 149 estimadas pelo MS para um 48% de cobertura segundo o CAP, o qual, como é notório mostra uma cobertura muito embaixo do estimado. Outra dificuldade em nossa área é a demora na realização dos exames e na obtenção dos resultados. A mamografia e o exame citopatológico de colo de útero são os que mais demoram. As usuárias deste programa são as mais assíduas e criam um grande vínculo com a unidade de saúde. Contamos em nossa equipe com um grupo educacional e são desenvolvidas atividades de educação em saúde mais ainda a assistência continua sendo insuficiente em relação aos objetivos propostos. Muito tem que ser feito no intuito de melhorar este programa, algumas reuniões com as equipes de saúde da família desta unidade estão sendo realizadas para alcançar este objetivo.

Com relação a atenção aos usuários com HAS e/ou DM, sem dúvida é uma grande medida de prevenção e tratamento de agravos na atenção básica. Na unidade básica do Buritis, existe um dia específico para a realização deste atendimento para cada ESF e temos cadastrado 345 usuários hipertensos (60%) de 573 estimados e 95 usuários diabéticos (58%) de um total de 164 estimado pelo MS respectivamente. O atendimento ocorre em todos os turnos em todos os dias da semana, mais os usuários que formam parte deste programa ainda não estão educados totalmente com relação ao dia de atendimento determinado procurando atendimento na UBS sem se importar com os dias e os horários combinados. Isso ocorre devido ao caráter de marcação das consultas que são agendados de um dia para o próximo dia. Não existe registro específico de atendimento como acontece com o programa de câncer de colo de útero e mama, só contamos com os prontuários clínicos e o livro de registros da equipe. Essa

falta de organização dificulta o acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, bem como, dificulta o cumprimento de metas e objetivos terapêuticos. Mesmo diante das dificuldades anteriormente citadas, as consultas seguem o preconizado pelo MS em relação aos protocolos do programa do ano 2013. Os usuários criam um vínculo com a UBS, e na maioria das vezes não faltam as consultas. Existem atividades em grupo, palestras e outras atividades para os usuários. O acompanhamento se baseia no atendimento médico e na realização de exames assim como a referência caso de ser necessário para outras especialidades.

Em relação à saúde dos idosos, muito já foi citado anteriormente, tendo em vista que muitos são usuários com HAS e/ou DM. Os idosos, tem atendimento preferencial, eles recebem as visitas domiciliares e tem a caderneta do idoso assim como o prontuário clínico. Essas ações ajudam na forma de acompanhamento e na construção de dados de forma que existem 138 idosos (78%) vinculados a equipe de saúde da família a que pertencem do total estimado pelo MS em relação a população adstrita de 176 usuários, conforme ao CAP. Existe um protocolo de atendimento ou manual técnico, e os usuários dispõem de atendimento em todos os turnos e em todos os dias da semana. Temos atividades em grupo e brindamos palestras e este grupo é sem dúvida uma população que necessita de um acompanhamento educacional e multidisciplinar. É notório que a falta de orientações dificulta a adesão ao tratamento dos usuários e até mesmo na criação de vínculo entre a comunidade e a UBS pelo qual temos colocado todas as nossas ênfases em melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida deste grupo populacional incentivando a educação em saúde por meio das palestras e o grupo operativo.

Em relação ao disposto acima, é necessário buscar alternativas que minimizem as dificuldades e falhas nos atendimentos realizados na unidade básica do Buritis. Muitas são as barreiras que tem vencido o ESF para desenvolver todas as atividades em grupo que temos feito até agora mais todas tem cumprido os objetivos traçados. A criação de protocolos de atendimento pelo próprio município em relação as características próprias da nossa população e projetos de governabilidade da equipe ainda por desenvolver serão sem dúvida um grande avanço no cuidado da atenção básica e estão entre os objetivos de melhoria nesta unidade.

Avaliando o disposto anteriormente, durante essas semanas houve um aprofundamento na análise situacional da unidade de saúde a qual faço parte, logre perceber as reais dificuldades e analisar o perfil da população e da equipe de saúde da família a qual pertença. Percebi que a falta de infraestrutura não impede, mas dificulta a realização de atividades em grupo e palestras do jeito que devem ser realizadas para o cumprimento das estratégias da Atenção Básica. Existe ainda uma demanda agendada (em meu critério) bem acima do permissível para unidade, o que sobrecarrega os serviços e causa insatisfação a população já que não tem praticamente lugar para atendimento a demanda espontânea. Além de todas as dificuldades anteriormente expostas, existe uma grande intenção e engajamento por parte dos profissionais da unidade, e esse diferencial ajuda a melhorar e minimizar as falhas no atendimento.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Temos chegado a uma etapa muito importante em nosso curso, com a conclusão da Análise Situacional em nossa unidade, acredito que o curso tem sido para todos nós uma importante ferramenta que nos está fazendo crescer já que nos mostra onde falhamos quais são nossas debilidades e fortalezas, em que ponto nossa UBS mais necessita de mudança, enfim o verdadeiro diagnóstico de nosso dia a dia.

Como descrito ao longo de tudo o relatório de análises situacional a UBS em que eu trabalho, é realmente um cenário adaptado para trabalhar com a população, isso dificulta muito o trabalho em grupo, pois não temos uma sala ampla destinada as reuniões e palestras. Com o desenvolvimento do curso temos percebido muitas dificuldades na UBS, entre elas, mais de 50% da população ainda não foi cadastrada, o qual determina que nossos indicadores de qualidade caíram muito, mostrando um ponto de necessidade urgente de mudança. Sendo assim, nossa intervenção irá focar no que diz respeito a um novo cadastramento (já iniciado) e atualização dos cadastros gerais, com a criação de registros dos grupos de risco que ainda não possuem, com monitoramento e avaliação, criando ações voltadas às necessidades que surgirem. Eu pretendo criar uma matriz de intervenção em relação a todos os programas, responsabilizando a cada um dos profissionais da UBS com um dos programas, organizando reuniões mensais com o objetivo de avaliar tanto a

forma de registros de cada programa como o adequado desenvolvimento dos mesmos na área.

Acredito que além da aprendizagem pessoal, baseado em evidências científicas, a análise situacional foi uma ferramenta muito valiosa, própria do trabalho na atenção básica e uma possibilidade de melhorar ainda mais a qualidade da oferta dos serviços, através de um olhar mais estruturado e organizado da realidade, nos facilitou o conhecimento de dados, o esclarecimento de dúvidas do SUS e organização do processo de trabalho na Atenção Básica aqui no Brasil, exemplificados nosso desconhecimento no texto do relatório da semana de ambientação sobre a situação da ESF/APS, aproximando-nos a aspectos centrais na gestão, governabilidade e organização do processo de trabalho e atualização nos programas regidos pelo Ministério de Saúde

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

As Agravos e Agravos Não Transmissíveis (DCNT) representam-se como um dos principais desafios de saúde, pois ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral, especialmente os de baixa e média renda. Estimativa da Organização Mundial de Saúde – OMS aponta que as DANT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de agravos. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo. A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento (BRASIL, 2011).

A UBS do Buritis a qual pertencço, é uma unidade urbana e se situa em um bairro central do município, tem modelo de ESF. A estrutura física da unidade básica do Buritis de forma geral: é ampla e foi construída como modelo de UBS por isso encontra-se habilitada para receber a população. Possui duas equipes de saúde da família. A equipe a qual pertencço especificamente está formada por uma medica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 6 ACS. Contamos com um total de população cadastrada de 3219 pessoas, e a equipe trabalha no momento na realização de um cadastramento atualizado da área adstrita. Temos

cadastrado 345 usuários com HAS (60%) de 573 estimados e 95 usuários com DM (58%) de um total de 164 de acordo com o estimado pelo MS.

Temos uma baixa cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes mellitus na unidade de saúde. Enfrentamos problemáticas importantes as quais determinaram que a equipe escolhesse o referido foco da intervenção entre elas: o fato de que não contamos em nossa UBS com registros específicos que permitam realizar o acompanhamento adequado dos usuários com HAS e/ou DM; o que nos permita um controle e também identificar os faltosos as consultas; não temos uma pessoa responsável pelo programa para realizar a cobrança das atividades desenvolvidas, a população alvo não tem uma adequada saúde bucal. Apesar de contarmos com 4 odontólogos na unidade nenhum deles está designado para a equipe e até hoje não existem registros odontológicos para o programa nem consultas planejadas para este grupo populacional. Não temos apoio de um educador físico, o qual seria de grande ajuda para a criação de grupos de atividades físicas de usuários com estas patologias. Só contamos com dois laboratórios do SUS o que estabelece que demora muito o resultado dos exames indicados a cada usuário, isto determina deficiências no atendimento.

No momento a equipe encontra-se realizando o cadastramento de toda a população da área adstrita. Precisaremos cadastrar um maior número de usuários com HAS e/ou DM da nossa área de abrangência e organizar as ações da equipe para esse público, com registros específicos, monitoramento, avaliação das ações e capacitação da equipe. Entre as fortalezas da equipe podemos citar o engajamento da equipe e recursos humanos suficientes, além de uma unidade de saúde com condições estruturais que satisfazem as necessidades da população da nossa área adstrita. Temos fortes vínculos estabelecidos entre a equipe e a comunidade e um ótimo apoio e comunicação tanto com a direção da UBS como com nossos gestores da secretaria municipal de saúde. Entre as dificuldades que poderemos enfrentar estão a articulação com a equipe de odontologia, realização de exames complementares pelo laboratório do SUS, e dificuldades para organizar o serviço da melhor forma possível. E preciso destacar que a equipe já tem consciência que a atenção qualificada dos usuários que apresentam hipertensão e/ou diabetes deve ser de forma continua e participou na tomada de decisão do foco do projeto de intervenção. Acredito que a realização desta

intervenção vai ser muito favorável para melhorar a saúde da população alvo e garantirmos uma maior qualidade de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na equipe 2.8 do Centro de Saúde Buritis, Boa Vista/RR.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85 % das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes realizado na unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.7 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão da pessoa com hipertensão e/ou do diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes aos usuários atendidos.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que se incluem no grupo de risco para agravo cardiovascular.

Metas 5.1: Realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% Das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses no Centro de Saúde Buritis, no Município de Boa Vista- RR. Participarão da intervenção os usuários com HAS e/ou DM maiores de 20 anos de idade residentes na área de abrangência. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde Caderno da atenção básica “Atenção as pessoas com agravos crônicas (hipertensão e diabetes mellitus) ” (BRASIL, 2013ab). A seguir será descrito o detalhamento das ações.

2.3.1 Detalhamento das ações

Monitoramento e avaliação das ações:

O monitoramento do número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde será realizado através da FE e planilha de coleta de dados fornecidos pelo curso. A médica da equipe será a responsável pelo monitoramento dos registros e velará pelo preenchimento adequado e sistemático das informações. Toda a equipe irá utilizar a ficha de acompanhamento, além de manter as informações do SIAB atualizadas. Os registros contarão com um sistema de informações que para viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e a compensação do agravo, além da avaliação bucal do usuário. Mensalmente a médica da UBS fará o levantamento de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS consultando os registros dos usuários cadastrados no programa.

Através do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso estaremos monitorando o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Também estaremos monitorando o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Após a indicação dos exames o qual será registrado no prontuário clínico e ficha espelho, será monitorado pelos ACS em visita domiciliar se foram realizados garantindo assim que o usuário chegue ao próximo controle com o resultado dos exames para avaliação de possíveis complicações e danos aos órgãos alvos

O acesso aos medicamentos da farmácia popular será monitorado através dos registros das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS. Estaremos monitorando o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, através do registro adequado das informações na FE e prontuário do usuário.

Estaremos monitorando a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, para atividade física regular e sobre riscos do tabagismo através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço:

Para garantir o registro das pessoas com HAS e/ou DM cadastrados no programa iremos solicitar aos profissionais da UBS o preenchimento adequado da FE. O acolhimento será realizado pela recepcionista e técnica de enfermagem capacitada para estas ações.

O material adequado será disponibilizado no serviço de saúde pelos gestores do município. Solicitaremos ao gestor municipal a garantia da solicitação de exames complementares e a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Ainda serão estabelecidos na UBS sistemas de alerta ao atraso nos exames complementares preconizados, o atraso na realização de consultas de acompanhamento, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e a compensação do agravo, além da avaliação bucal do usuário.

Durante a reunião da equipe será definido as atribuições dos profissionais no exame clínico dos usuários. Será organizado juntamente com a equipe os dias, horários e locais para atualização dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, com a disponibilização desse material na unidade de saúde. A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Após a identificação de cada usuário será articulado com farmácia popular o tratamento prescrito de forma tal que cheguem cada mês de forma integra os tratamentos de cada um dos cadastrados. Na medida em que serão cadastrados novos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus estaremos realizando um registro das necessidades de medicamentos. Deverá se- realizar controle de estoque por meio do farmacêutico da UBS incluído validade de medicamento e informado a medica da equipe pessoa designada como responsável pelo cumprimento das ações do programa. O anterior determinara a criação de um registro pela farmacêutica das necessidades dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

Será priorizado o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, com porta aberta da UBS de forma permanente para realizar atendimento além das consultas planejadas nos horários estabelecidos, a os casos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno e sairão das consultas com retorno

agendado. Na UBS serão garantidos o material necessário para verificação da pressão arterial e a realização dos hemoglicotestes tanto na unidade como em visitas domiciliares pelas ACS as quais serão capacitadas pela médica e enfermeira para a tomada da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg de forma criteriosa assim como os critérios diagnósticos para o cadastramento das pessoas com HAS e/ou DM. O enfermeiro da UBS estará organizando o desenvolvimento de visitas domiciliares pelos ACS para busca ativa dos faltosos. Também será disponibilizado horários na agenda da médica para atendimento dos usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares.

Será garantida a realização de exames complementares por meio de estratégias articuladas com nossos gestores as quais determinarão que sejam priorizados em agendamento de exames dos laboratórios do SUS do município os usuários que formam parte da estratégia da intervenção da equipe. A enfermeira ficará responsável por manter atualizadas as informações do SIAB e para implantar a planilha/registro específico de acompanhamento. A médica e a enfermeira da equipe estarão priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizando horários na agenda de consultas para o atendimento desta demanda.

A médica e a enfermeira realizarão avaliação das necessidades avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos. Serão referenciados para atendimento odontológico cada usuário após a consulta com a médica ou a enfermeira da equipe, vai ser implementado na recepção um sistema de agendamento que determinara prioridade aos usuários pertencentes a esta ação programática de forma tal que se garanta que nos quatro meses de desenvolvimento da estratégia de intervenção sejam atendidos todos os usuários cadastrados que formem parte da nossa área adstrita, este atendimento será registrado no prontuário e ficha espelho. A dentista estará organizando a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos usuários que fazem parte desta ação programática, estabelecerá prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Realizaremos reuniões com gestores e a equipe odontológica para estabelecer oferta de consultas com dentista especificamente para os usuários com HAS e/ou DM.

A equipe organizará o desenvolvimento de práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física. Será solicitado ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades. Se identificamos usuários com necessidade de uso de medicamentos para abandono do tabagismo solicitaremos ao gestor a compra de medicamentos em articulação com gestores da secretaria municipal e estadual de saúde para tratamento dos mesmos.

Engajamento público:

A comunidade será informada pelos profissionais da equipe sobre o programa de HAS e DM, sobre a importância de medir a pressão arterial, de realizar glicemia capilar, sobre a importância de acompanhamento adequado no programa, além da importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial. Essas orientações serão realizadas durante as consultas, nas visitas domiciliares e atividades educativas.

Todos os profissionais da equipe, bem como os ACS estarão orientando aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de agravos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também serão orientados sobre a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade e sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Essas orientações serão fornecidas durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas.

Nas consultas médicas e nas visitas domiciliares estaremos informando a comunidade sobre a importância de realização das consultas. A comunidade também será ouvida em relação às estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou DM. A médica e a enfermeira estarão esclarecendo a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Os profissionais das equipes estarão orientando os usuários e a comunidade durante as consultas e no desenvolvimento de visitas domiciliares sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Os ACS, a médica e a enfermeira estarão orientando aos

usuários portadores de hipertensão e diabetes quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Além de esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, atividade física, controle medicamentoso). Essas orientações serão desenvolvidas durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas.

Serão estabelecidas parcerias na comunidade, nas ações de promoção da saúde, com mobilização da comunidade para demandar junto aos gestores municipal garantia da disponibilização do atendimento destes usuários com os dentistas.

A equipe aproveitará todos os espaços de contato (consultas, visitas, práticas educativas) com os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares para orientar sobre a importância da alimentação saudável e da prática da atividade física regular, além de orientar a usuários tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

Durante as reuniões de equipe os profissionais de saúde serão orientados sobre como proceder no cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da UBS, sobre a qualidade da verificação da pressão arterial, incluindo o uso adequado do manguito e sobre a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Esta capacitação terá realizada na sala de reuniões da UBS pelos médicos e enfermeiros das equipes.

A médica da UBS estará capacitando os profissionais para a realização de exame clínico apropriado, sobre o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, o tratamento da hipertensão e diabetes mellitus. Já as enfermeiras estarão capacitando a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Essas capacitações serão desenvolvidas na sala de reuniões da UBS.

A enfermeira e a médica estarão capacitando os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. A capacitação das ACS será desenvolvida após cada reunião da equipe para não afetar os restantes horários de trabalho e assim garantir que os profissionais se mantenham atualizados de forma periódica. A médica estará treinando os profissionais no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético e no registro adequado dos procedimentos clínicos. Essa capacitação será realizada na sala de reuniões da UBS. Já na UBS dispomos de versão atualizada impressa do protocolo em relação a ação programática que nos ocupa.

A médica estará capacitando os profissionais para realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés, bem como, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. A equipe receberá capacitação para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Esse momento será realizado na sala de reuniões da UBS.

A equipe odontológica será capacitada pelo dentista para a avaliação e tratamento bucal do usuário com HAS e/ou DM. A médica capacitará a equipe sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e para o tratamento de usuários tabagistas, além de metodologias de educação em saúde para melhorar a qualidade de orientação aos usuários com HAS e DM.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes realizado na unidade de saúde.

Metas 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão da pessoa com hipertensão e/ou do diabetes ao programa.

Metas 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes aos usuários atendidos.

Metas 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que se incluem no grupo de risco para agravo cardiovascular.

Metas 5.1: Realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover saúde.

Metas 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos que tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para a realização da intervenção seguiremos como base nas informações traçadas pelo Protocolo do programa HIPERDIA, do Ministério da Saúde Brasília 2013. Os dados necessários para o desenvolvimento do estudo serão coletados por meio das FE disponibilizadas pelo curso, a ficha de coleta de dados, o livro da equipe com um registro complementar das informações e um livro que fica na farmácia para disponibilidade da farmacêutica no qual serão coletados os dados em relação ao tratamento dos usuários.

Para organizar o registro específico do programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, a enfermeira e a médica revisarão o livro de registros e

o prontuário de todos os usuários portadores destas duas patologias e que vieram ao serviço para consulta de rotina e transcrevera todas as informações disponíveis para a FE. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Frequentemente a médica realizará a avaliação da qualidade dos registros das informações.

A médica fará contato com nosso gestor municipal para que sejam garantidas o número de folhas necessárias para a impressão das fichas espelho, esta impressão será produzida em nossa UBS com a colaboração do nosso diretor. Solicitaremos a impressão de 500 ficha espelho. A enfermeira fará contato com a associação do bairro e a comunidade a qual receberá informações sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus existente na UBS e solicitará apoio na intervenção.

Iniciaremos a intervenção com a capacitação da equipe multiprofissional que será realizada pela médica de acordo com o Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, para que a equipe toda utilize esta referência quanto ao manejo e acompanhamento dos usuários. Os profissionais serão capacitados quanto a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, assim como a realização do hemoglicoteste, e como deve orientar ao usuário sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservado uma hora ao final da reunião semanal da equipe. Cada membro da equipe estudara uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros.

O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem, será garantido atendimentos a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, priorizando sempre aqueles com atrasos na consulta programada. Os usuários sairão da unidade com a próxima consulta agendada e com todos os dados coletados nos documentos já citados. Para os usuários provenientes da busca ativa que serão realizados pelos ACS serão reservadas 5 vagas por semana. Se estabelecerá agendamento de consulta odontológica de todos os usuários que não tem avaliação bucal, para isto os usuários serão encaminhados após cada consulta medica até a recepção onde se efetuara este agendamento. Na unidade de saúde não contamos com um odontólogo para a

equipe, mais temos quatro odontólogos os quais trabalham vinte horas semanais porem foi definida como estratégia que serão agendados 10 dos nossos usuários semanalmente para cada um dos odontólogos, isto vai garantir a realização da avaliação bucal de toda a população alvo.

Serão aumentadas as atividades educativas, tentaremos realizar uma vez por semana, nas quais em articulação com os gestores contaremos com a presença de educador físico, psicóloga, fonoaudióloga, nutricionista, odontólogo. Utilizaremos pôster, apresentações em data show e distribuição de folders elaboradas pela medica e enfermeira e com apoio dos gestores da unidade nos recursos como folhas, impressora e outros. Estas atividades serão desenvolvidas no mínimo uma vez por semana. As atividades serão realizadas em locais da comunidade, na praça, associação comunitária.

O monitoramento da intervenção será realizado semanalmente pela médica da equipe que examinará as fichas-espelho dos HAS e DM a fim de identificar aqueles que estão com consultas, exame clínico, laboratoriais ou vacina em atraso. As ACS realizaram a busca ativa dos mesmos. Ao realizar a busca ativa já será agendado um novo horário de consulta para o usuário. Assim, ao final de cada mês todas as informações coletadas na FE serão consolidadas na planilha de coleta de dados.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da equipe	X	x														
Cadastramento de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos	X	x	x	X	X	x	x	X	x	X	x	x	x	x	X	X
Contato com líderes da comunidade	X				X				X				X			
Busca ativa dos usuários hipertensos e/ou diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades educativas coletivas.			X				X				X				X	
Apresentação dos resultados para equipe, gestores e a população.																X

Figura 1: Cronograma da intervenção

3 Relatório da Intervenção

A intervenção teve por objetivo melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM na ESF 2.8 da UBS de Buritis, Boa Vista/Roraima. Contamos com o envolvimento dos seguintes profissionais: a médica, enfermeira, técnica de enfermagem e 5 ACS os quais conformam a ESF/UBS. A intervenção ocorreu no período de abril a junho de 2015, contemplando 12 semanas de trabalho na UBS. Inicialmente o projeto de intervenção estava organizado para ocorrer em 16 semanas. Porém, conforme orientação da coordenação do curso, realizamos em um período de 12 semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido pela universidade.

O grupo alvo da intervenção foram 573 usuários com HAS e 164 usuários com DM. Após três meses de intervenção, conseguimos avaliar 435 usuários com HAS que corresponde a 79,5% e 131 portadores de DM, ou seja, 79,9% de cobertura, ficando abaixo da meta proposta pela equipe que foi de um 85% de cobertura para ambos casos. Este fato está relacionado com várias dificuldades enfrentadas pela equipe no decorrer no desenvolvimento do projeto entre elas: o início da intervenção sem a enfermeira, redução das semanas do projeto, falta de um ACS, a falta de uma assistente dental na maior parte do tempo do projeto, a saída da técnica de enfermagem da equipe por licença de maternidade e situações climáticas desfavoráveis por chuvas intensas na maior parte do tempo em que foi realizado a intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nas primeiras 12 semanas da intervenção foram desenvolvidas todas as ações prevista no cronograma, e essas ações já formam parte da rotina implementada no trabalho diário da equipe de saúde.

As capacitações dos integrantes da equipe foram realizadas de acordo com planejado nas quartas feiras no horário do amanhã após as reuniões da equipe com uma frequência quinzenal alternando com a atividade grupal do grupo de usuários da ação programática que nos ocupa, sendo que cada dia a equipe recebeu 2 horas de capacitação em cada um dos dias anteriormente citados. Este treinamento foi realizado pela médica e a enfermeira quanto os protocolos de atendimento as pessoas com hipertensão e diabetes mellitus do ano 2013, as ACS foram capacitadas quanto ao cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos em nossa área de abrangência, engajamento público, conceitos de hipertensão arterial e diabetes mellitus e critérios diagnósticos dos mesmos, técnicas de tomada de pressão arterial e realização de hemoglicotestes de forma criteriosa em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como, o correto preenchimento dos dados na ficha espelho, e a planilha de coleta de dados elementos indispensáveis para garantir o adequado desenvolvimento do projeto já que todos e cada um dos profissionais da equipe desenvolverem ações específicas que garantirem os resultados obtidos. Foi objeto de estudo por parte da equipe a estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de framinghan e avaliação de possível lesões em órgãos alvos tanto por exame clínico como por avaliação de exames complementares. A equipe recebeu palestras sobre o controle e a importância da modificação dos fatores de risco modificáveis.

Quanto as metas de qualidade do atendimento todas foram atingidas no 100%. Foi realizado o contato com a liderança comunitária na primeira, quarta e oitava semana da intervenção, conforme ao planejado no cronograma. Nestes contatos os líderes comunitários foram informados inicialmente dos objetivos e metas do nosso projeto e depois do andamento do mesmo em relação ao monitoramento das ações e os resultados que estávamos alcançando. Foi solicitado dos mesmos a contribuição com a divulgação do projeto para dar a conhecer a população do desenvolvimento do mesmo.

Os atendimentos clínicos foram realizados com ótima qualidade conforme ao planejado e estabelecido no protocolo de atendimento para estes grupos de

usuários para garantir 100% das metas de qualidade propostas que incluiu o estabelecimento de uma adequada relação médico-usuário, anamnese minuciosa e detalhada de cada usuário, exame físico completo e detalhado com inclusão da verificação de PA, hemoglicoteste prévio, estratificação do risco cardiovascular, exame da cavidade bucal com identificação das necessidades de atendimento odontológico, avaliação do estado nutricional, avaliação dos resultados dos exames complementares e solicitação se precisasse e orientações para a saúde sobre a importância da prática de atividade física, alimentação saudável, a necessidade de erradicação do tabagismo nos usuários fumantes, e a importância de manter higiene bucal.



Figura 2: ACS organizando os registros dos usuários cadastrados na intervenção.

O monitoramento da intervenção foi realizado pela médica semanalmente conforme o previsto. Foi verificado o preenchimento adequado das fichas espelho pelas ACS e também realizado o preenchimento da planilha de coleta de dados simultaneamente ao atendimento clínico. Foram realizadas as reuniões da equipe como planejado no cronograma, e o cenário serviu de base para complementar o monitoramento do projeto. O monitoramento nos dava uma panorâmica no andamento do projeto fazendo ênfase no número de usuários avaliados, usuários com exames complementares em atraso e/ou com necessidade de atendimento odontológico assim como o nome de cada um dos faltosos a consultas para que foram realizadas as buscas dos mesmos pelas ACS correspondentes em cada

um dos casos. Tudo isso, permitiu identificar as dificuldades de forma oportuna e adotar medidas e estratégias para atingir as metas propostas.



Figura 3: Atividade educativa de prevenção a HAS e DM antes de começar o atendimento clínico.

Foram realizadas as atividades educativas com nossos usuários conforme ao planejado. Foram realizadas 12 palestras com frequência semanal toda segunda feira de manhã antes de iniciar o atendimento clínico, abordando temas de interesse para os usuários com o objetivo de garantir a diminuição da morbimortalidade por hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, entre os temas abordados foram a importância da avaliação clínica de forma periódica com a realização de exames complementares para o diagnóstico de possíveis complicações, temas como conhecendo a diabetes, no qual foi abordado a alimentação saudável, a importância do cuidado da higiene pessoal, entre outras palestras.

Em cada uma das palestras foram designadas as profissionais a participar e foram ministradas pela medica ou a enfermeira em cada um dos casos, e meritório ressaltar a atitude positiva e ativa dos usuários em todas estas palestras. Foram oferecidas educação em saúde individualmente nos atendimentos clínicos e em visitas domiciliares, momento em que interagimos com a família com o objetivo de criar consciência sobre a importância de alimentação saudável, importância da pratica de atividade física assim como do

cumprimento do tratamento e avaliação clínica entre outros temas. Foram impressos folders e distribuídos pela equipe.



Figuras 4: Atividade com o grupo operativo na praça da comunidade.

Desenvolvemos na UBS uma atividade coletiva que denominamos de “grupo operativo”, o qual é um grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos que realizam a prática de atividade física na praça da comunidade próxima da UBS duas vezes por semana. Nessa atividade os usuários são incentivados a realizar atividades físicas leves supervisionados pelos profissionais de saúde já que nas atividades participam de forma permanente a enfermeira e as ACS. Inicialmente contamos com a participação voluntária de uma educadora física que permaneceu somente na primeira semana e após a equipe elaborou estratégias para continuar com esta importante atividade. A enfermeira que sempre esteve muito engajada com a intervenção, se responsabilizou por essa atividade que se realiza nas segundas e quartas feiras junto a equipe. A atividade inicia às 7h e 30 min e o atendimento na UBS começa às 8h. Em articulação com os gestores

conseguimos que fosse somado 30 minutos de carga horária positiva para cada um dos profissionais que participam. Até o momento foram realizados 16 encontros. Inicialmente contamos com a participação de 15 usuários, o qual foi tão só uma pequena quantidade já que a equipe tinha realizado um amplo trabalho de divulgação em relação ao início desta atividade, mais no momento estão comparecendo entorno a 40 usuários de forma permanente em cada uma das atividades o que demonstra o resultado do trabalho da equipe neste sentido.



Figura 5: Visita domiciliar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

As visitas domiciliares foram realizadas para busca ativa dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram realizadas diariamente pelas ACS tanto para busca ativa quanto para o cadastramento, o qual deve ser um processo contínuo não só para esta ação programática, mas também para cada um dos programas priorizados pelo SUS, já que faz parte dos princípios da atenção básica e da medicina preventiva. Em nossa área de abrangência é notório a existência de vilas com vários apartamentos os quais são alugados o que determina um fluxo quase constante de pessoas, os dados do cadastramento total da população variam com muita frequência, este fato é mais uma razão que determina a necessidade de frequentes recadastramentos da população. Foram realizadas também visitas domiciliares pela médica e enfermeira dando prioridade à os usuários acamados,

idosos com dificuldade de acesso na UBS e alguns casos faltosos a consultas com o objetivo de garantir seus atendimentos.

Quanto o usuário com exames alterados foi adotado a conduta necessária e encaminhados nas especialidades necessárias em cada um dos casos, mais a porcentagem de usuários com resultado de exames alterados foi baixo. Encontramos 5 usuários com algum dano renal e 4 foram encaminhados a consulta de cardiologia por repercussão cardiovascular. Também apresentamos dificuldades na realização de exames complementares em dia de acordo ao protocolo para o atendimento aos usuários alvo que foi de 68,5% para hipertensos e 69,5% para diabéticos. A meta não foi alcançada nesse indicador pela falta de materiais de laboratórios do SUS e pouca cobertura nos mesmos com o consequente atraso nos resultados dos exames, por isso, muitos usuários não tinham resultados de exames em dia no momento da avaliação.

Quanto à avaliação odontológica pelo dentista continua sendo um grande problema pela baixa cobertura dos usuários do programa, e o alto número de usuários que precisam desse atendimento, mas em cada um dos atendimentos clínicos se realizou o exame da cavidade bucal identificando a necessidade de atendimento odontológico sendo referenciados os usuários ao odontólogo. Quanto a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia foi de 97,5% para hipertensos e 96,2% para diabéticos. Já que algum dos nossos usuários preferem usar medicamentos comerciais que contem princípios ativos no mesmo medicamento geralmente recomendado em consultas de cardiologia.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Como anteriormente citado todas as ações aconteceram segundo o planejado no cronograma ao longo de nossa intervenção buscamos atingir os propósitos a cada semana. Entretanto, não conseguimos a impressão de 100% das fichas espelhos na UBS. Inicialmente não conseguimos a impressão de todas as fichas espelho, eu e a minha equipe providenciamos com recursos próprios a impressão de cerca de 113 fichas espelho para conseguir registrar os usuários. Também tivemos dificuldade para a realização dos exames complementares, o

que atrapalhou o bom acompanhamento dos usuários. Durante a intervenção uma assistente dental se ausentou quase durante todo o projeto, no entanto, foi realizado o exame bucal do 100% dos usuários nos atendimentos clínico e diagnosticas as necessidades de atendimento odontológico com o consequente encaminhamento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para o preenchimento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores não tivemos dificuldades, diariamente eram colocados os novos usuários cadastrados na planilha de coleta de dados, facilitando as informações semanais escritas no diário de intervenção.

Nos diários da intervenção era informado sobre o desenvolvimento das ações realizadas segundo o cronograma, as diferentes experiências durante as semanas e as principais dificuldades apresentadas. No diário também foram postadas fotografias que evidenciam as ações da intervenção. Todas as pessoas que aparecem nas fotos, assinaram um Termo de Consentimento Livre e informado, autorizando sua divulgação.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já faz parte da rotina do serviço. A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço ajudou a melhorar o atendimento integral dos nossos usuários, e a continuidade da mesma está sendo mais uma conquista da nossa equipe e de nossa unidade. A equipe dará continuidade a todas as ações dentro do nosso trabalho como equipe de saúde, trabalhando nos 4 eixos do curso. De fato, muitas mais atividades educativas estão sendo programadas para serem realizadas no futuro com o grupo de hipertensos e diabéticos.

Digo que como estudante da UFPEL, neste curso de especialização em saúde da família a maior parte da direção com esse projeto ficou ao meu cargo, mas posso dizer que toda a equipe ficou envolvida e o êxito da nossa intervenção

dependeu do trabalho em conjunto, demostramos assim que podemos continuar de maneira exitosa com nosso atendimento para poder atingir 100% dos usuários com HAS e/ou DM da área em mais um mês, garantindo o acompanhamento com qualidade dos mesmos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada pela equipe de ESF 2.8 da UBS Buritis do município Boa vista, Estado Roraima e teve como objetivo qualificar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes a nossa área adstrita. Na área de abrangência da equipe há um total de 3219 usuários deles 345 hipertensos (60%) e 95 diabéticos (58%), para uma estimativa de 573 hipertensos e 164 diabéticos de acordo com a estimativa do Ministério da Saúde e informação das ACS. Com a realização do projeto a equipe propõe-se como meta ampliar a cobertura em um 85% tanto para hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) conforme ao estimado.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta:

1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1. 2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Em relação aos hipertensos, durante o primeiro mês alcançamos 102 usuários (18,6 %), no segundo mês 163 (29,8%) e já no terceiro mês forem avaliados 435 usuários o que corresponde a 79,5%. Os resultados foram similares no caso dos usuários diabéticos, no primeiro mês foram cadastrados e

acompanhados 28 (17,1%) usuários, já no segundo mês 53 (32,3%) usuários acompanhados e 131(79,9%) no terceiro mês.

É importante ressaltar que não conseguimos atingir a meta proposta de cadastramento tanto dos usuários hipertensos como dos usuários diabéticos, pois como já foi dito a equipe não contou desde o início com a presença da enfermeira, tivemos que prescindir de uma das ACS e da técnica de enfermagem no decorrer do projeto e o tempo do mesmo foi reduzido a 12 semanas das 16 previstas. No entanto, a equipe juntou as forças, todos trabalhamos engajados com o projeto, foi mantido tanto o cadastramento dos usuários como a busca ativa dos usuários faltosos o qual contribui a que alcançaremos os percentuais supracitados e ressaltar o apoio da liderança comunitária que deram divulgação ao projeto. A equipe pretende continuar realizando ações para atingir as metas de cobertura proposta e o projeto já está estabelecido na UBS como parte da rotina de trabalho.

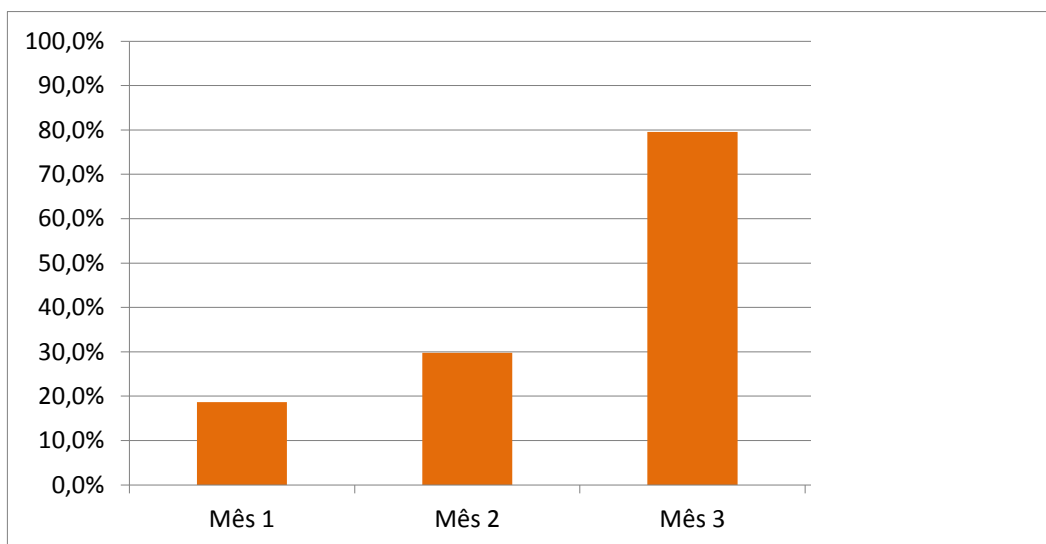


Figura 6: Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Buritis. ESF 2.8.Boa Vista. RR. 2015.

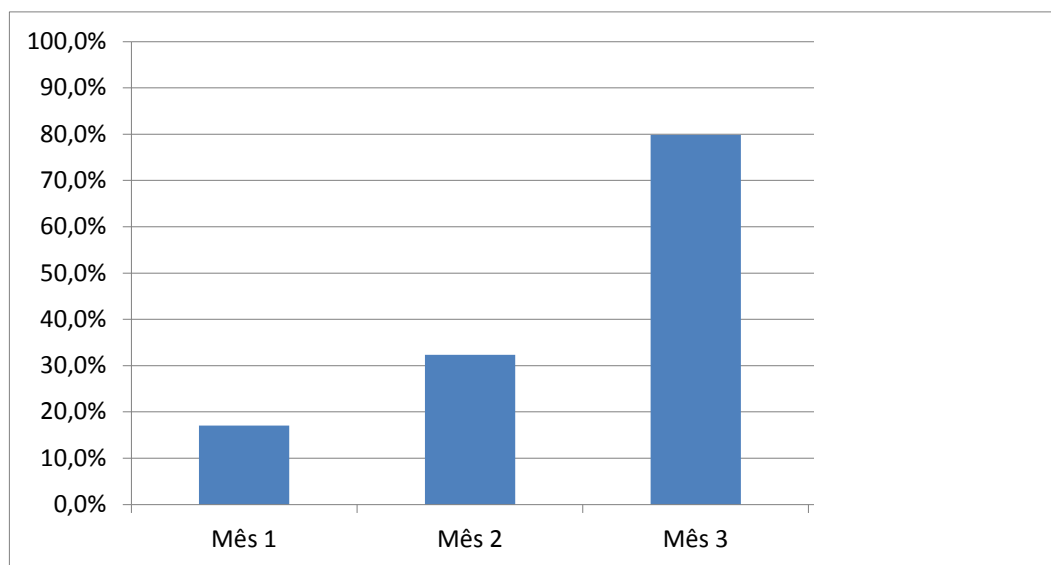


Figura 7: Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Buritis, ESF 2.8.Boa Vista, RR, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta:

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
2. 2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Esta meta foi alcançada integralmente em 100% conforme o previsto. Todos os usuários cadastrados com HAS e/ou com DM durante os três meses da intervenção realizaram o exame clínico apropriado de acordo com o Caderno da Atenção Básica “Estratégias para os cuidados das pessoas com agravos crônicos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” (BRASIL, 2013ab). Cada um dos profissionais que participarem no projeto cumpriram as atribuições correspondentes, quanto ao acolhimento, registro com preenchimento dos dados em fichas espelho e de coleta de dados, ações de educação em saúde, avaliação clínica em consultas e visitas domiciliares. Os usuários foram avaliados com ótima qualidade em cada um dos atendimentos clínicos, se realizou anamneses minuciosas, exame físico completo com estratificação do risco cardiovascular em cada um dos casos. Chamou nossa atenção no caso dos usuários diabéticos fundamentalmente, a grande incidência de afeções periodontais as quais tem uma estreita relação com esta patologia e foi comprovado por meio da anamnese, a falta de conhecimento que os usuários tinham a respeito. Por isso essa temática foi abordada durante a realização das atividades. Outro aspecto importante a

destacar foi o número de usuários com complicações cardiovasculares tanto por insuficiência vascular em membros inferiores como cardiopatias isquêmicas secundárias a interrupção do tratamento, além de isso em alguns casos foram diagnosticados alguns usuários com repercussão renal como órgãos alvo destas agravos, em todos estes casos se realizou encaminhamento oportuno as especialidades pertinentes além de educação em saúde a qual continuará de forma permanente por parte dos integrantes da ESF.

Meta:

2.3. Garantir a realização dos exames complementares em dia a 100% dos hipertensos de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a realização dos exames complementares em dia a 100% dos diabéticos de acordo com o protocolo.

Foram garantidos a solicitação de exames complementares a 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na ação programática que nos ocupa. No caso dos usuários com HAS durante o primeiro mês a proporção com exames complementares em dia foi de 65 (63,7%), e durante o segundo e terceiro mês foi de 107 (65,6%) e 305 (70,1%) respectivamente. Com relação aos usuários com DM foram obtidos resultados similares. A proporção de diabéticos com exames complementares em dia conforme ao protocolo foi de 15 (53,6%), e no segundo e terceiro mês foi de 36 (67,9%) e 92 (70,2%) respectivamente. Estes foram resultados que consideramos preocupantes, pois ficou longe do esperado, e nos preocupa pois trata-se de um indicador de qualidade cujo objetivo é melhorar a qualidade de atendimento daqueles usuários que já estão cadastrados, sendo essa uma responsabilidade importante da equipe. Este resultado se deve a vários fatores, entre eles, a baixa cobertura de atendimentos ofertada pelos laboratórios do SUS do município, com baixa cobertura do número de agendamentos para cada dia de atendimento. Assim, muitos usuários compareciam em consulta só com o resultado de alguns exames. Também é necessário considerar que a nossa área adstrita tem uma população carente com baixos recursos econômicos, e, portanto, é compreensível que muitos são exclusivamente dependentes do SUS. Entre os que estavam com exames complementares em dia ressalta-se o grande número de usuários que apresenta dislipidemias associadas a estas

patologias, constituindo síndromes metabólicas que precisam de acompanhamento e avaliação de forma permanente para conseguir reverter esta situação e diminuir consequentemente o risco de outras complicações, acredito que em cerca dos 50% dos usuários com exames em dia, apresentam dislipidemias associadas. Uma porcentagem menor de usuários já tem algum grau de dano renal fundamentalmente relacionado com a não adesão ao tratamento e malos hábitos alimentares que inclui um alto consumo de sal. Como importante estratégia a equipe mantém as ações de educação em saúde para garantir a adesão ao tratamento. Embora que o resultado desse indicador fique longe do desejado a equipe conseguiu que no desenvolvimento do projeto o monitoramento de usuários com exames complementares em dia de acordo ao protocolo fosse incorporado a rotina do serviço.

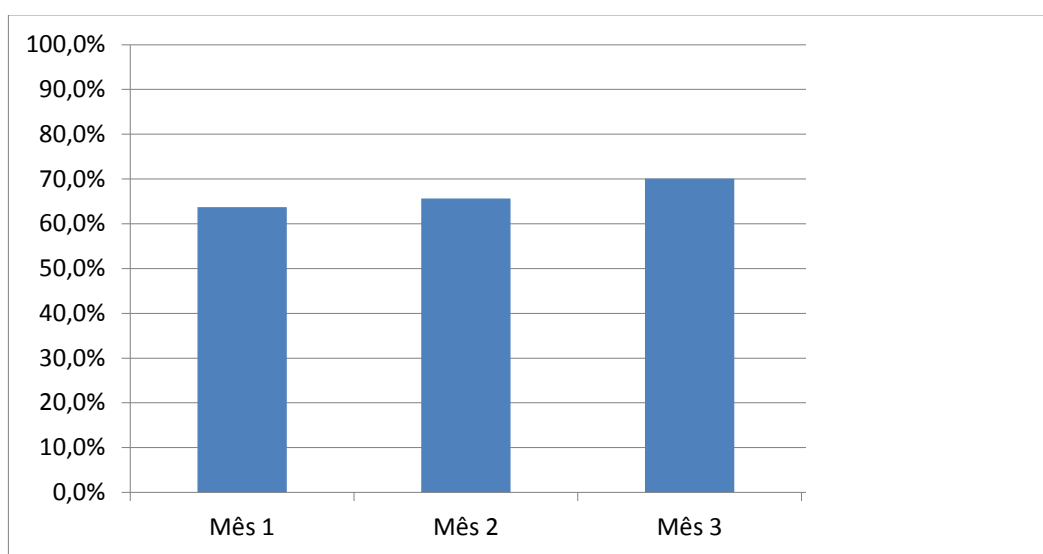


Figura 8: Gráfico de proporção hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR, 2015.

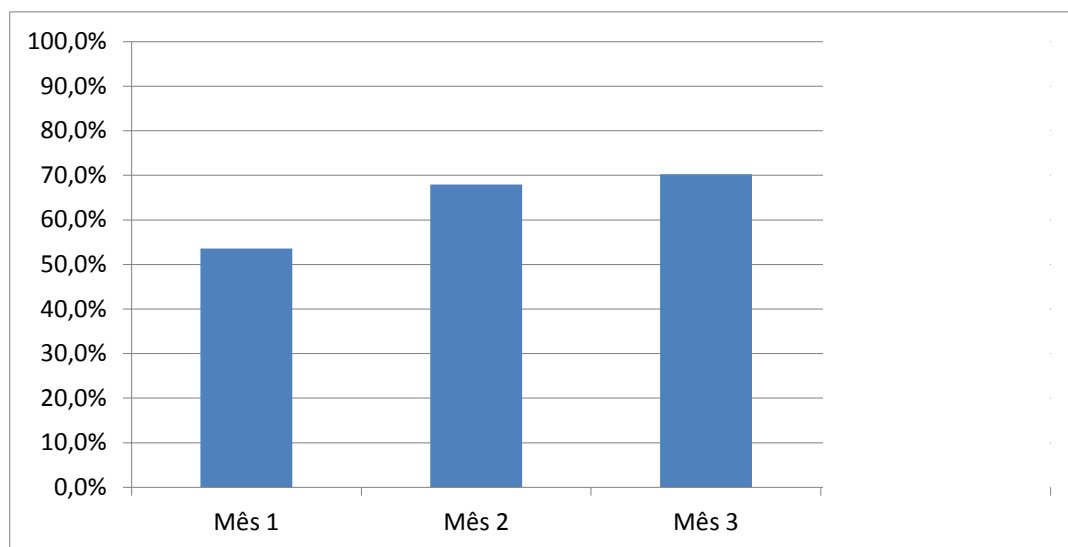


Figura 9: Gráfico de proporção diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR, 2015.

Metas

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos a 100% dos hipertensos de farmácia popular/Hiperdia.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos a 100% dos diabéticos de farmácia popular/Hiperdia.

Desde o início da intervenção todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados nessa ação programática precisavam tomar medicamentos para o controle, assim, todos receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. No entanto, esta meta não foi alcançada. Quanto aos usuários hipertensos, a proporção dos clientes que receberam medicações da farmácia popular foi de 99 (97,1%) no primeiro mês, no segundo e terceiro mês alcançamos uma proporção de 158 (96,9%) e 424 (97,5%) respectivamente. Os resultados forem similares no caso dos usuários diabéticos. Durante o primeiro mês da intervenção 27 (96,4%) usuários receberam os medicamentos da farmácia popular no segundo mês 53(100%) dos usuários acompanhados recebeu seus medicamentos da farmácia popular, mas já no terceiro mês foram 131(96,2%) usuários que receberam as medicações da farmácia popular. Consideramos satisfatórios os resultados obtidos tendo em vista que os usuários que não consomem medicamentos da farmácia popular são aqueles que utilizam

medicamentos que não formam parte da lista de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, já que tem recursos para comprar em farmácias particular e preferem na maioria usar medicamentos comerciais com mais de um princípio ativo, mais todos eles receberam a prescrição de medicamentos desde o início da intervenção.

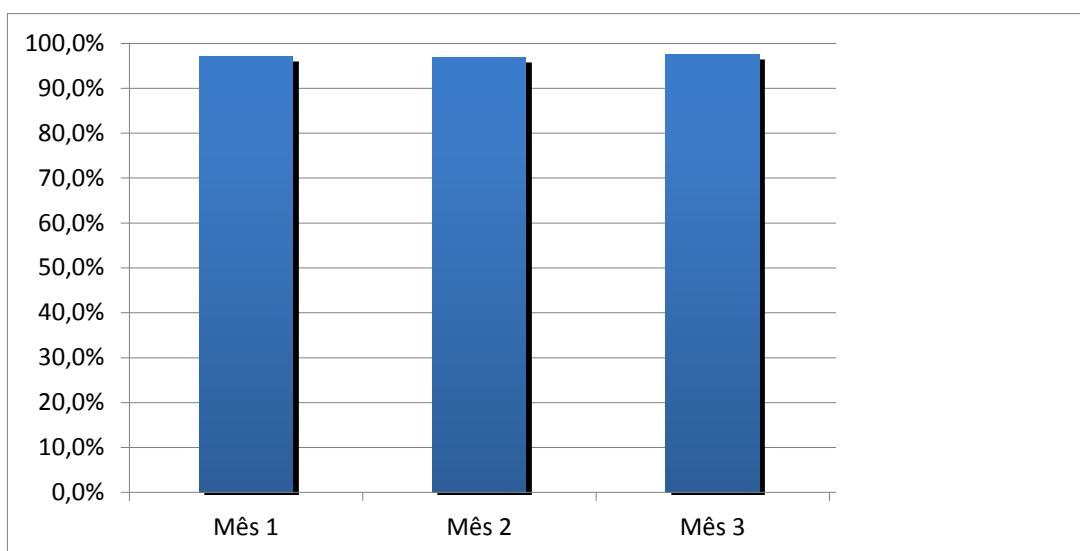


Figura 10: Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR. 2015.

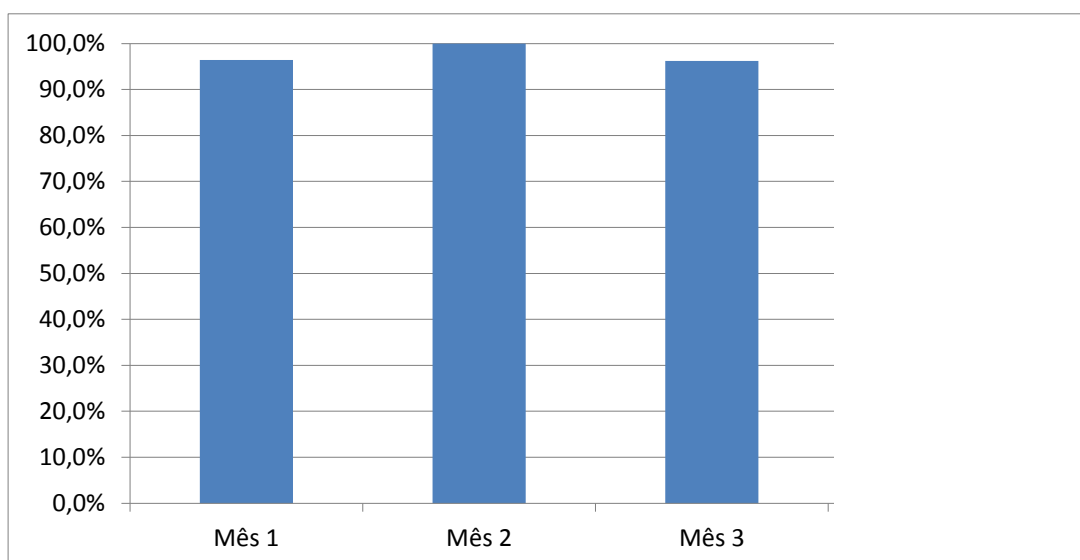


Figura 11: Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. UBS Buritis. ESF 2.8. Boa Vista. RR. 2015.

Meta

2.7. Garantir a avaliação das necessidades de atendimento odontológico ao 100% dos hipertensos.

2.8. Garantir a avaliação das necessidades de atendimento odontológico ao 100% dos diabéticos.

Conseguimos alcançar a meta quanto a avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS e/ou DM, como estabelece o protocolo da Saúde de 2013 para esta ação programática. Consideramos este fato um elemento positivo tendo em vista que o atendimento odontológico é uma ação que enfrenta dificuldades e limitações no SUS em nosso município. Os tratamentos mais especializados não são oferecidos na unidade, mas os usuários contam com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tanto do governo municipal como estadual. Os usuários são referendados para os CEOs nas especialidades de Prótese Dentária, Periodontia, Odontopediatria, Cirurgia, Endodontia, Ortodontia, Radiologia e Estomatologia.

Em todas as consultas foi realizada avaliação da cavidade bucal e das necessidades de atendimento odontológico dos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Foram referenciados para atendimento odontológico com a equipe de odontologia da UBS, cada usuário após a consulta pela médica da equipe. Sendo os problemas bucais mais frequente enfrentados as caries dentais e necessidade de próteses dentarias.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Esta meta foi alcançada em um 100% tanto para os usuários hipertensos como para os diabéticos. Com relação a esta meta a equipe realizou o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no

protocolo para usuários hipertensos e diabéticos e realizou 100% das buscas ativas. Analisando a porcentagem dos usuários faltosos a consultas com busca ativa e notório que durante o primeiro mês no caso dos usuários com HAS tivemos 18(100%),14(100%) no segundo e 13(100%) no terceiro mês. Quanto aos clientes portadores de Diabetes Mellitus tivemos inicialmente no primeiro mês 2(100%) usuários faltosos a consultas, no segundo mês foram 6(100%), com uma diminuição para 4(100%) usuários no terceiro mês, todos receberam busca ativa, garantindo a adesão ao tratamento e ao atendimento clínico. Os usuários referiam ter faltado a consultas em oportunidades por compromissos e/ou situações familiares imprevistas assim como situações climáticas desfavoráveis dadas por chuvas intensas em nossa área durante grande parte da realização do nosso projeto, mas é necessário ressaltar que apesar de ter dificultado o acesso de vários usuários em determinados momentos não impediram a realização das ações do projeto e alcançar as metas previstas , já que a equipe realizou 100% da busca ativa dos usuários faltosos a consultas conseguindo resgatar os mesmos reagendando para datas posteriores e alguns destes usuários faltosos foram avaliados em visitas domiciliares. Esta meta foi alcançada graças a várias ações realizadas pela equipe como a capacitação da equipe sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas dos usuários que formam parte desta ação programática. Além disso, realizamos um trabalho de forma permanente com o grupo de usuários que participavam das atividades coletivas oferecendo palestras para conscientizar sobre a importância da realização das consultas. E importante também ressaltar o apoio da liderança comunitária que neste sentido deram divulgação ao projeto.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta

- 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Estabelecer o registro adequado na ficha de acompanhamento dos usuários foi um objetivo de grande importância para a realização do nosso projeto e

conseguimos garantir o registro adequado de 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. Isso foi possível pois todos os profissionais cumpriram as atribuições correspondentes. As ACS realizarem o registro dos usuários tanto nas FE como na ficha de coleta de dados, participarem nas palestras e resto das atividades educativas e fizeram a busca do 100% dos faltosos garantindo assim o acompanhamento adequado dos mesmos. O atendimento clínico foi realizado pela médica e enfermeira e o monitoramento da intervenção foi realizado pela médica.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para agravo cardiovascular.

Metas

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Esta meta também foi alcançada em 100% tanto para os usuários com HAS como para os que apresentam DM cadastrados no Programa. Todos realizaram estratificação de risco de agravo cardiovascular. Foram realizadas várias ações para monitorar o 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação do risco cardiovascular em consulta médica após o exame físico integral com anamneses minuciosa e avaliação de exames periódicos. Quanto ao grupo de hipertensos estudados no primeiro mês foram avaliados os 102(100%) usuários assim como 163(100%) e 435(100%) no segundo e terceiro mês respectivamente. Com relação aos diabéticos que realizaram estratificação do risco cardiovascular, foram os 28(100%), 53 (100%)e 131(100%) usuários acompanhados durante os três meses da intervenção respectivamente. Foram diagnosticadas algumas complicações cardiovasculares no desenvolvimento da intervenção. A ESF priorizou o atendimento dos usuários avaliados como de alto riscos, que foram sete, e organizou agenda para o atendimento desta demanda. Estes usuários foram orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular em consulta com frequência mensal além do acompanhamento com a

especialidade da complicação em questão, alcançando assim adesão tanto as consultas como ao tratamento prescrito.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Foi garantido orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, risco do tabagismo e higiene bucal aos 100% dos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. Com relação aos usuários hipertensos que receberam as orientações supracitadas foram, no primeiro mês 102 usuários e já durante o segundo e terceiro mês 163 e 435 respectivamente. Dos clientes diabéticos, todos também receberam estas orientações foram, 28, 53 e 131 usuários durante o primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente.



Figura 12: Atividade educativa na praça da comunidade.

Para atingir as metas propostas foram necessárias várias ações específicas, as quais se realizaram tanto individualmente como de forma coletiva. Foram desenvolvidas atividades de promoção e educação em saúde para orientar os usuários pertencentes a esta ação programática e seus familiares, além das ações do grupo operativo e educação em saúde, nas consultas e visitas domiciliares. Conseguimos implementar o grupo de usuários com prática de atividade física como previsto, as quais se realizarem com duas frequências semanais, inicialmente contamos com a participação da educadora física e posteriormente a equipe assumiu o protagonismo. Todas as atividades coletivas de promoção e educação em saúde contaram com a presença do odontólogo, nutricionista, psicóloga e/ou assistente social dependendo do tema tratado.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção

A intervenção foi realizada pela ESF 2.8 da UBS Buritis do município Boa vista, Estado Roraima e abordou o atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes a nossa área adstrita. Na UBS há duas equipes de ESF, sendo que apenas a minha equipe que estava realizando a qualificação de uma ação programática nesse período, já que a outra ESF realizou recentemente um projeto de intervenção sobre atenção pré-natal e puerpério.

Fazendo um análise dos resultados da intervenção da minha equipe, ESF 2.8 com foco na atenção aos hipertensos e diabéticos e notório observar que mesmo que não tenhamos alcançado a meta de cobertura inicialmente proposta pela equipe (85% para hipertensos e diabéticos), a mesma demonstrou que é possível modificar a rotina de trabalho e realizar o cadastro adequado dos usuários alcançando a ampliação da cobertura as pessoas com hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. Durante os três meses de intervenção alcançamos uma cobertura de 435 usuários o que corresponde a 79,5%. Os resultados foram similares no caso dos usuários diabéticos que foram 131 cadastrados, correspondendo a 79,9%, considerando os valores estimados de 547 usuários hipertensos e 163 usuários diabéticos.



Figura 12: Capacitação da equipe.

Para a realização do projeto e obter os resultados que exibimos foi necessária a capacitação da ESF quanto ao protocolo do Ministério Da Saúde do ano 2013. As mesmas foram realizadas após as reuniões de equipe como planejado no protocolo para não afeitar os horários de atendimentos. Realizamos

um total de 4 capacitações e a equipe ficou muito satisfeita com as mesmas, já que propiciaram o aumento dos conhecimentos sobre as agravos que fazem parte da ação programática em questão o que contribui a um melhor acompanhamento dos usuários e ao estabelecimento de uma maior consciência fundamentalmente para as ACS sobre a importância do diagnóstico oportuno e prevenção das agravos e suas complicações.

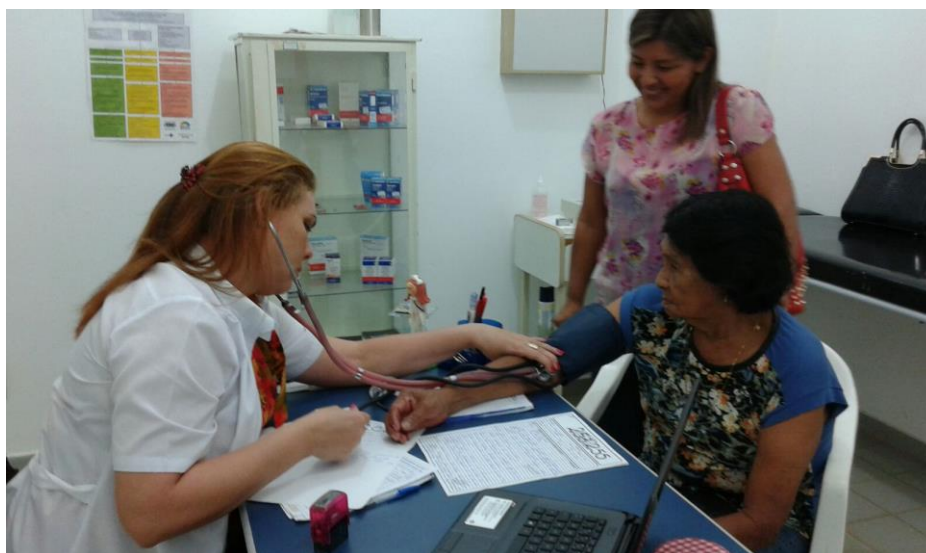


Figura 14: Atendimento clínico.

Foi realizada a avaliação clínica de todos os usuários de forma criteriosa tanto em consultas na UBS como em visitas domiciliares. Foi realizada a classificação de risco cardiovascular de todos os usuários.

As ACS realizaram a busca dos 100% dos usuários faltosos a consultas. Garantimos a disponibilidade de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia graças à colaboração dos gestores tanto da UBS como da secretaria municipal de Saúde.

Enfrentamos sérias dificuldades para a realização dos exames entre elas a demora dos agendamentos dos mesmos por baixa cobertura de laboratórios do SUS dentro do município, além da falta de materiais para a realização dos mesmos em vários momentos durante a realização da intervenção. Essa dificuldade, foi informado a nossos gestores os quais no momento elaboram estratégias para garantir uma maior cobertura de exames no município.



Figura 15: Atividade com o grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos na sala de palestras da UBS.

Relevante foi o resultado quanto as ações de educação e promoção em saúde já que com o desenvolvimento desta intervenção se demonstrou a importância do trabalho com o grupo de usuários, agora eles têm muito mais conhecimento de seus agravos. Como ambas são agravos que necessitam de mudanças que devem se manter durante a vida toda, tornam-se necessária ações educativas para instruir e conscientizar os usuários da importância do seu conhecimento sobre os agravos como parte integral do cuidado. As atividades educativas realizadas tanto individualmente como de forma coletiva por meio das palestras prévias ao atendimento clínico, as atividades com o grupo de usuários e o intercambio em atendimento clínico em consultas e a interação em visitas domiciliares com a família, contribuiu de igual forma ao aumento do conhecimento com relação a alimentação saudável, importância da higiene bucal, riscos do

tabagismo e pratica de atividade física os quais consideramos parte importante dos resultados de nosso trabalho.

As atividades coletivas geralmente são realizadas na praça, próximo a UBS, mas em dia de chuva nos reunimos na sala de palestras da UBS.

A pesar de que existiram algumas dificuldades no início da intervenção devido ao aumento da demanda espontânea, podemos ressaltar que a realização do projeto teve impacto positivo, já que conseguimos que a população de forma geral entendesse a importância de um atendimento de qualidade com todas as ações que o Ministério da Saúde preconiza, sendo de extrema importância o apoio comunitário.

Importância da intervenção para o serviço

Com a intervenção qualificamos e ampliamos a produção de uma atenção integral à saúde dos usuários com HAS e/ou DM. A realização da intervenção nos proporcionou adequar os dados da população alvo e monitorar os indicadores previstos na intervenção para obter resultados satisfatórios ao final da mesma. Melhorou a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, realizando exame clínico apropriado em dia e de acordo o protocolo. Facilitou o melhoramento dos registros o que se constituiu de fato como um elemento indispensável para o adequado acompanhamento dos usuários. Por meio dos registros conseguimos visualizar todos os elementos que estabelece o protocolo de atendimento para os usuários com hipertensão arterial e Diabetes mellitus, identificando o que está faltando para melhorar e minimizar assim a ocorrência de complicações, garantindo um melhor atendimento e qualidade de vida para nossos usuários.

Importância da intervenção para a equipe

Nossa intervenção propiciou um maior engajamento da equipe, estabeleceu maior consciência sobre a importância de realizar a pesquisa ativa destes agravos dentro da população, além de fortalecer o vínculo já existente entre a equipe e a comunidade.



Figura 16: ACS organizando as suas atividades.

Os membros da equipe ficaram mais capacitados com relação a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus referente à o que estabelece o MS em relação ao rastreamento, diagnostico, tratamento e monitoramento desta ação programática.

É importante ressaltar a atuação de toda a equipe de ESF e em especial das ACS os quais tem sido fundamental na construção de vínculos com a comunidade que proporcionam o adequado desenvolvimento dos processos de educação em saúde. Conseguimos principalmente pelas ações de educação em saúde modificar fatores de risco e conseguir estilos de vida mais saudáveis o qual é um processo continuo com ações permanentes de incentivo a adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida da população.

Importância da intervenção para a comunidade.



Figura 17: Atividade na UBS em comemoração ao “dia do usuário hipertenso e do usuário diabético”.

A comunidade percebeu a importância da intervenção. Os usuários que fazem parte desta ação programática demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Os usuários cadastrados no Programa que estão sendo acompanhados em nossa UBS ficaram satisfeitos e felizes com a qualificação da intervenção, sentindo confiança e segurança nos profissionais de saúde. Agradecem o trabalho e esforço realizado pela equipe ESF.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Se fossemos iniciar a intervenção neste momento, iríamos incorporar os gestores do município nas atividades realizadas com este grupo populacional para que possam interagir com eles sobre suas necessidades e dificuldades quanto à realização de exames, e tudo o relacionado com disponibilidade de recursos necessários para o desenvolvimento da intervenção, estabeleceria um vínculo ainda maior com as lideranças comunitárias; aumentaríamos as ações de promoção de saúde bucal, garantiríamos junto ao gestor o acompanhamento da comunidade, independentemente que algum membro da ESF não esteja trabalhando como aconteceu com uma das assistentes de saúde bucal que sofreu um acidente automobilístico no início da intervenção e não foi providenciado nenhum profissional para suprir sua função.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/que melhorias pretende realizar na intervenção

A intervenção já está incorporada a nossa rotina de trabalho e mantemos o acompanhamento dos usuários com o mesmo nível de exigência, mesma qualidade e mesmo comprometimento, cumprindo com o estabelecido pelo MS e encontra-se em processo de melhoria a realização de exames de 100% da população e também a realização da primeira consulta odontológica.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de atenção ao pré-natal e puerpério na UBS, já que existem grandes

dificuldades com o acompanhamento deste grupo populacional e seria mais um grande desafio para todo o serviço.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Com o objetivo de melhorar o acesso ao atendimento médico e pela falta de profissionais médicos em muitas regiões do Brasil, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) em julho do ano 2013. Desta maneira chegamos ao Brasil eu e mais de 11000 médicos com a missão de ampliar e melhorar a saúde da população através do atendimento aos usuários do SUS. Uma das exigências do PMM é a realização de um curso de especialização em saúde da família oferecida pela UFPEL, o qual orientou uma análise da UBS que possibilitou a realização de um projeto de intervenção com foco na saúde de hipertensos e diabéticos.

A equipe de ESF 2.8 da UBS Buritis realizou a qualificação da atenção as pessoas com HAS e/ou DM. A UBS está localizada no município Boa Vista/RR e conta com duas ESF/UBS. A equipe 2.8 tem uma população de cerca de 3219 habitantes e a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais é de 1819. Temos como estimativa para a área 573 usuários hipertensos e de 164 usuários com diabetes mellitus. A cobertura que tínhamos antes de iniciar a intervenção estava muito abaixo da estimativa do MS, 60% dos hipertensos e 58% no caso dos diabéticos pertencentes a área de abrangência eram acompanhados, os mesmos tinham pouca adesão ao tratamento e precisavam estar inseridos em atividade de educação em saúde, os registros antes da intervenção estavam desatualizados e este fato não permitia o adequado acompanhamento dos usuários.

A intervenção aconteceu no período de 12 semanas com início do mês de março de 2015 e continua fazendo parte das ações da UBS. Os profissionais foram

capacitados para uma abordagem qualificada aos usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde do ano 2013. A equipe também adotou várias medidas com relação a organização do processo de trabalho, como a melhora no acolhimento de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, qualificação do atendimento clínico, organização de atividades de educação em saúde para os usuários hipertensos e diabéticos e monitoramento e avaliação das ações que estavam sendo desenvolvidas.

Com a intervenção conseguimos realizar o cadastramento de 435 usuários com hipertensão arterial sistêmica que corresponde a 79,5% e 131 diabéticos, ou seja, 79,9% de cobertura.

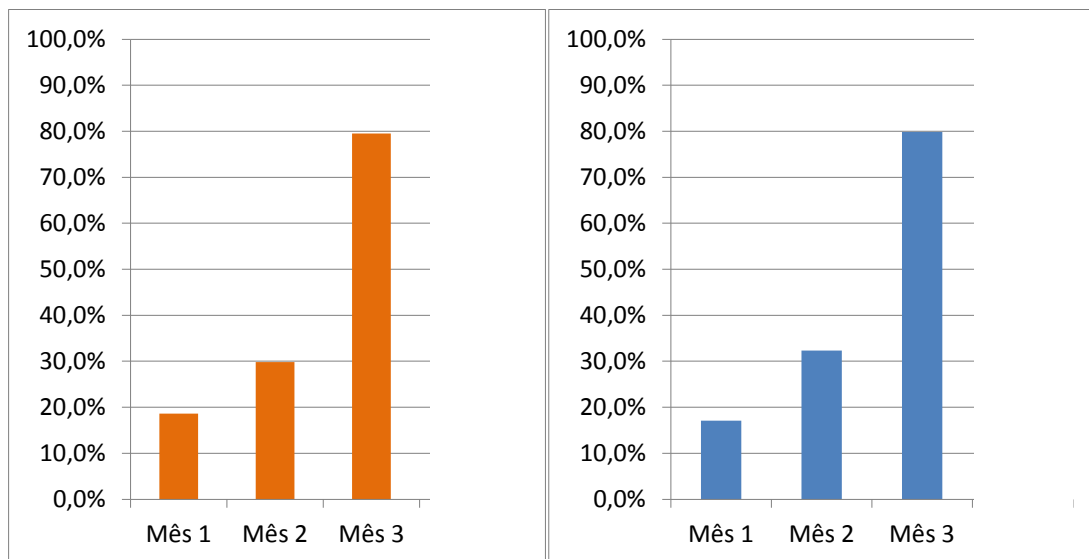


Figura 18: Proporção de cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS Buritis. ESF 2.8.Boa Vista. RR. 2015.

Com a realização da intervenção os atendimentos clínicos foram realizados com ótima qualidade, com a estratificação de risco cardiovascular. Foi realizado a busca ativa de todos os faltosos e o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para usuários hipertensos e diabéticos. Foram atualizados os registros das informações e promovida a saúde dos usuários através de ações de promoção de saúde. Com relação aos exames complementares, 70,1% usuários com HAS e 70,2% com diabetes realizaram exames complementares em dia. Este resultado esteve em relação a vários fatores entre eles a baixa cobertura de laboratórios do SUS do município com a conseguinte

baixa cobertura do número de agendamentos para cada dia de atendimento. Além disso, houve falta de alguns materiais durante a realização do projeto. A nossa área adstrita tem uma população carente e de baixos recursos econômicos, por isso compreensível que a possibilidade de realização dos mesmos fica dependente do SUS. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular, 424 (97,5%) hipertensos, 131 (96,2%) diabéticos estavam recebendo esses medicamentos. Realizamos avaliação das necessidades de atendimento odontológico em todos os usuários cadastrados.

A equipe iniciou com nosso grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos a prática de atividade física na praça da comunidade próxima da UBS duas vezes por semana. Nessa atividade os usuários estão sendo incentivados a realizar atividades físicas leves supervisionados pelos profissionais de saúde já que nas atividades participam de forma permanente a enfermeira e as ACS. Inicialmente contamos com a participação voluntária de uma educadora física que permaneceu somente na primeira semana e após a equipe elaborou estratégias para continuar com esta importante atividade. Em articulação com os gestores conseguimos que fosse somado 30 minutos de carga horária positiva para cada um dos profissionais que participam, isso foi importante para a equipe, pois demonstrou o engajamento dos gestores no projeto. As atividades de educação em saúde foram realizadas também por meio de palestras antes do início do atendimento clínico e de forma particular com cada usuário tendo em vista a situação atual de saúde. Todos os usuários receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular de acordo com a necessidade, higiene bucal e riscos do tabagismo. Com a intervenção a equipe também atualizou e organizou os registros com as informações completas dos usuários. Esses registros são monitorados a cada consulta pelo médico e/ou a enfermeira, mantendo assim a atualização dos mesmos.

Várias dificuldades foram enfrentadas pela equipe no decorrer no desenvolvimento do projeto, entre elas: o início da intervenção sem a enfermeira, falta de um ACS, a falta de uma assistente dental na maior parte do tempo da intervenção, a saída da técnica de enfermagem da equipe por licença de maternidade e situações climáticas desfavoráveis por chuvas intensas na maior parte do tempo. Muitas metas foram alcançadas graças ao engajamento da ESF e da participação da comunidade no projeto com o forte vínculo que a mesma estabeleceu entre as duas partes.

Neste sentido, acreditamos que deve se garantir que na saída por algum motivo de algum dos profissionais de saúde seja incorporado a maior rapidez outro profissional que o substitui-a para assim não afetar as atividades que estão sendo desenvolvidas; é de vital importância realizar uma articulação com a secretaria de educação do município para garantir assim a participação de um educador físico nas atividades com o grupo de usuários na prática de atividade física, devem ser garantidos também os recursos materiais necessários para a impressão das fichas espelho, materiais de exames de laboratório além de oferecer uma maior cobertura dos mesmos a fim de que nossos usuários recebam um atendimento de ótima qualidade. Neste sentido é importante citar que já neste momento nossos gestores municipais elaborarão estratégias para garantir um ótimo acompanhamento de nossa população as que incluem o agendamento dos exames na própria unidade de saúde, que será realizado na administração da UBS e um convenio do SUS municipal com os laboratórios do setor particular para garantir a realização de exames o qual demanda dos profissionais a requisição dos mesmos de forma criteriosa. Esperamos que os gestores estejam olhando para essas dificuldades afim de amenizá-las para que possamos garantir a qualidade na continuidade da intervenção, bem como, nos apoiar na qualificação de outros programas na UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade:

No período de abril a junho de 2015, foi realizado uma intervenção na Unidade Básica de Saúde de Buritis contemplando 12 semanas de trabalho para a qualificação do Programa de atenção as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. O objetivo de nosso trabalho ficou centrado em qualificar as ações aos usuários hipertensos e diabéticos da equipe 2.8. Foi muito gratificante contar com o apoio da comunidade adstrita a Unidade Básica de Saúde e fundamentalmente com a participação da população alvo de estudo pela confiança depositada na equipe. Durante estes três meses a equipe trabalhou engajada com o projeto e demonstrou uma parceria muito grande além de prestar um atendimento qualificado de ótima qualidade a nossos usuários com a consequente mudanças nos estilos de vida e a diminuição da morbimortalidade por estes dois agravos. Conseguimos cumprir com todas as ações que tínhamos planejado

Para o adequado desenvolvimento do projeto, os membros da equipe de saúde foram capacitados para qualificar suas ações, o que melhorou o conhecimento dos membros da equipe quanto a estes dois agravos. Contamos com apoio dos líderes comunitários; incorporamos a família no desenvolvimento do programa a qual constitui um fator indispensável no desenvolvimento de qualquer ação; realizamos palestras relacionadas com a importância de alimentação saudável, prática de atividade física, tabagismo, importância da higiene bucal, entre outras.

Com a intervenção conseguimos realizar o cadastramento e acompanhamento de 435 hipertensos e 131 diabéticos, continuaremos o cadastramento pois sabemos que na área de abrangência da equipe há 573 usuários hipertensos e 164 usuários diabéticos. Garantimos atendimento clínico de

qualidade a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa, os atendimentos foram realizados semanalmente, de forma programada e priorizada. Foi realizada a prescrição de exames laboratoriais aos usuários cadastrados, estabelecemos vínculo com nossos gestores sugerindo estratégias para aumentar a cobertura de exames laboratoriais dentro do município que favoreçam a comunidade em geral.

Foi realizado o registro do acompanhamento de todos os usuários com atualização de dados e registros organizados foi realizada a busca ativa de todos os usuários faltosos a consulta de acompanhamento durante as visitas domiciliares, garantimos também a realização da avaliação da necessidade de atendimento bucal a todos nossos usuários mesmo que nem todos procuravam este tipo de atendimento; conscientizamos a população alvo de estudo sobre a importância do acompanhamento e adesão ao tratamento odontológico; garantimos a prescrição dos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia

Ao longo da intervenção tivemos dificuldades com a disponibilidade de recursos humanos já que iniciamos a mesma sem enfermeira, tivemos ausência de uma de nossas ACS e de uma das assistentes de saúde bucal praticamente durante toda a intervenção e da técnica de enfermagem no final da mesma.

Em relação à adesão dos usuários ao programa podemos dizer que foi realizada a busca ativa de todos os usuários faltosos a consultas e logramos assim uma maior adesão dos usuários ao programa. Acreditamos que seria de grande ajuda a integração dos líderes comunitários na busca junto as agentes comunitárias de saúde dos usuários faltosos para obter melhores resultados no trabalho diário.

A equipe iniciou com nosso grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos a prática de atividade física na praça da comunidade próxima da UBS duas vezes por semana. Nessa atividade os usuários estão sendo incentivados a realizar atividades físicas leves supervisionados pelos profissionais de saúde já que nas atividades participam de forma permanente a enfermeira e as agentes comunitárias de saúde. As atividades de educação em saúde foram realizadas também por meio de palestras antes do início do atendimento clínico e de forma particular com cada usuário tendo em vista a situação atual de saúde, além de palestras para grupos de usuários antes do início dos atendimentos clínicos. Foi ampliado o conhecimento aos usuários sobre seus agravos, suas complicações e

quais são os cuidados necessários para sua prevenção através da educação em saúde.

Com a realização do projeto ficou demonstrado a importância que existe na união entre a unidade básica de saúde e a comunidade, já que sem a participação da liderança comunitária e o apoio da comunidade em forma geral não teria sido possível os resultados obtidos. Este trabalho é apenas o início de uma longa caminhada pois o projeto está implantado como parte de nossa rotina de trabalho e será aplicado a outros programas priorizados pelo sistema único de saúde tais como atenção as crianças e atenção ao programa de pré-natal e puerpério, além de que o processo de educação a saúde das pessoas e a comunidade deve ser realizado de forma continua e mostrara resultados com as mudanças dos estilos de vida, para contribuir assim a uma melhor qualidade de vida da comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem:

Fazendo uma análise do desenvolvimento do meu trabalho durante o curso e a realização do projeto em relação a minha expectativa inicial posso dizer que o curso foi fundamental para ampliar os conhecimentos sobre os princípios e diretrizes do SUS e os protocolos da atenção básica. Foi de vital importância o conhecimento das políticas do SUS com a valorização junto a equipe da carta dos direitos dos usuários em saúde, aprendi como promover o engajamento público mediante ações específicas realizadas no decorrer do projeto, o acolhimento e sua importância. Foi muito enriquecedor obter conhecimentos das estimativas da população e das políticas públicas em saúde, e também estabelecer um maior vínculo entre a ESF e a comunidade.

Através do curso também foi possível identificar os problemas e debilidades na minha UBS e adquirir autonomia na tomada de decisões para criar estratégias e superar os obstáculos. Foi possível compartilhar saberes e criar vínculos com os colegas e orientadores a distância, interagindo, colaborando, aprendendo cada dia mais em cada uma das atividades orientadas. Além de realizar com muito cuidado e dedicação cada tarefa, dedicando o melhor de mim para contribuir no meu crescimento profissional, aprofundando sempre, meus conhecimentos clínicos em base aos estudos orientados. As tarefas que realizei foram em colaboração com toda a equipe, e também tentei ter uma participação ativa nos fóruns interagindo com os colegas e incrementando saberes.

Devo confessar que inicialmente vi o curso como algo muito difícil, não acreditava que conseguiria o engajamento da equipe e dos outros profissionais da UBS no projeto nas ações, parecia uma meta muito longa, sem sequer me aproximar as estimativas do Ministério Da Saúde. Em várias oportunidades tive

que analisar qual seria a ação programática para desenvolver o projeto já que na UBS tinha dificuldades na maioria dos programas priorizados pelo SUS; mais hoje posso dizer com muita satisfação que as expectativas anteriormente citadas foram feliz e finalmente alcançadas.

A medida que o curso foi avançando durante a realização das tarefas foi ficando cada vez mais claro a ação programática na qual no momento era necessária iniciar a intervenção, a equipe foi se engajando à medida que o curso ia avançando de forma tal que quando chegou a hora de iniciar o projeto já toda a equipe estava com outro olhar e apreciavam e valorizavam a importância do curso, isto propiciou os resultados exibidos.

Quanto a minha prática profissional, a realização do curso tem promovido a melhora do meu conhecimento científico e de pesquisa relacionada com a intervenção, o curso promoveu atualizações terapêuticas de manejo de vários agravos segundo os protocolos do SUS do Brasil. Posso dizer que me sinto realizada profissionalmente. Hoje meu desempenho profissional consiste em fazer parte de uma equipe que trabalha de forma conjunta para alcançar uma melhor qualidade de vida de nossa população, conto com o apoio e o respeito de toda a equipe e todos os profissionais da UBS, com as condições necessárias, em relação ao conhecimento e governabilidade, para implantar outras intervenções na UBS, sabendo que este projeto é só uma forma de mostrar o verdadeiro caminho para o desenvolvimento de ações permanentes e concretas que ajudem a melhorar o nível e a qualidade de vida da população brasileira que sem dúvida alguma, é a razão fundamental pela qual nós estamos hoje no Brasil.

A realização dos casos interativos da prática clínica e as revisões Bibliográficas dos temas, assim como os TQC, permitiu a atualização e o manejo adequado dos agravos. Estas atualizações contribuíram também ao incremento da língua portuguesa tanto na gramática como na pronúncia das palavras e textos para assim compreender melhor todos os materiais de estudo e conseguir transmitir melhor as minhas ideias, intenções, saberes e experiências. A interação coletiva nos diferentes espaços virtuais contribuiu para que eu pudesse conhecer um pouco de outras realidades e experiências de colegas dentro do Brasil, assim como, a discussão de temas e o desenvolvimento do raciocínio clínico.

Um elemento a destacar é o idioma, consegui aprender muito, e agradeço ao curso de especialização em saúde da família, a todos os colegas com os que

interagi e aos orientadores por esta grande vitória, já que para mim é realmente isso: Uma grande Vitória! Hoje quando revejo as minhas primeiras tarefas ficam muito longe das atuais, isto se deve ao nível de exigência deste curso, é muito gratificante para mim ter chegado até aqui com todas as experiências vividas.

Foi minha primeira experiência de aprendizagem a distância mediante ambiente virtual, e posso expressar minha satisfação pelo que aprendi com as vantagens da liberdade de realizar minhas tarefas no momento em que eu decida assim também como o horário. Gostei muito da liberdade que o curso ofereceu sobre a livre escolha dos temas a desenvolver nos estudos da prática clínica tendo em vista as principais dificuldades de cada especializando, é também digno de mencionar o enriquecedor do intercâmbio de ideias com outros colegas e professores, levando para minha vida muito mais que conhecimentos, boas experiências nas intervenções e um alto nível de responsabilidade. Hoje tenho orgulho por ter realizado esta especialização a distância na qual adquiri conhecimento que posso aplicar na comunidade e no transcurso da minha vida profissional de forma permanente.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com agravo crônico: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com agravo crônico: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. b

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.** Morbidade auto referida segundo o vigtel, 2009. Cadastro de portadores do sis-hiperdia, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Polotas, 08 de março 2012.

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Judiz para Coletar	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista de Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de prescrições	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anexo	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1																		
2																		
3																		
4	1																	
5	2																	
6	3																	
7	4																	
8	5																	
9	6																	
10	7																	
11	8																	
12	9																	
13	10																	
14	11																	
15	12																	
16	13																	
17	14																	
18	15																	
19	16																	
20	17																	
21	18																	
22	19																	
23	20																	
24	21																	
25	22																	
26	23																	
27	24																	
28	25																	
29	26																	
30	27																	
31	28																	

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

Anexo C - Ficha espelho

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não realizar mais parte do banco de dados;
5. em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

_____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.
